

Aus der Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin
der Ludwig-Maximilians-Universität München
Direktorin: Prof. Dr. Claudia Bausewein

**Schulungen in Spiritual Care – eine systematische
Übersichtsarbeit**

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Yousef Helo
aus Rama
2017

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. Eckhard Frick SJ

Mitberichterstatter: Prof. Dr. Konrad Hilpert
Prof. Dr. Norbert Müller

Mitbetreuung durch die promovierte Mitarbeiterin: Dr. Piret Paal

Dekan: Prof. Dr. med. dent. Reinhard Hickel

Tag der mündlichen Prüfung: 13.07.2017

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Einleitung | 1 |
| 1.1 | Hinführung zur Fragestellung | 1 |
| 1.2 | Definitionen | 4 |
| 1.2.1 | Spiritualität | 4 |
| 1.2.2 | Religiosität | 5 |
| 1.2.3 | Zusammenhang zwischen Religiosität und Spiritualität..... | 6 |
| 1.2.4 | Mitarbeiter in den Gesundheitsberufen und medizinische Einrichtungen | 7 |
| 2 | Fragestellung | 8 |
| 3 | Methoden..... | 9 |
| 3.1 | Datenbanken..... | 9 |
| 3.2 | Suchalgorithmus | 11 |
| 3.3 | Suchverfahren..... | 14 |
| 3.4 | Auswahl der Artikel | 14 |
| 3.5 | Datengewinnung | 17 |
| 3.6 | Narrative Synthese der Daten | 18 |
| 4 | Ergebnisse | 19 |
| 4.1 | Ausgewählte Studien | 19 |
| 4.2 | Studieneigenschaften..... | 24 |
| 4.2.1 | Zielgruppen der Schulungen | 24 |
| 4.2.2 | Gruppengröße..... | 25 |
| 4.2.3 | Ursprung der Artikel | 27 |
| 4.3 | Ergebnisse der narrativen Synthese | 28 |
| 4.3.1 | Schulungsziele | 28 |
| 4.3.2 | Lehrmethoden..... | 31 |
| 4.3.3 | Schulungsergebnisse..... | 34 |
| 4.3.4 | Nutzen und Barrieren | 39 |
| 5 | Diskussion..... | 40 |
| 5.1 | Literaturrecherche | 40 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 5.2 | Studieneigenschaften..... | 41 |
| 5.2.1 | Zielgruppen | 41 |
| 5.2.2 | Gruppengröße..... | 41 |
| 5.2.3 | Ursprung der Artikel | 42 |
| 5.3 | Narrative Synthese | 42 |
| 5.3.1 | Schulungsziele | 42 |
| 5.3.2 | Lehrmethoden | 43 |
| 5.3.3 | Schulungsevaluationen und die Leistungsbeurteilung..... | 44 |
| 5.3.4 | Anwendung im klinischen Alltag | 45 |
| 5.4 | Schlussfolgerung | 46 |
| 6 | Zusammenfassung | 48 |
| 7 | Anhang | 50 |
| 7.1 | Literaturverzeichnis | 50 |
| 7.2 | Tabellenverzeichnis | 60 |
| 7.3 | Abbildungsverzeichnis | 60 |
| 8 | Danksagung | 61 |
| 9 | Eidesstattliche Versicherung..... | 62 |

1 Einleitung

1.1 Hinführung zur Fragestellung

Spiritual Care wird zunehmend als ärztliche Aufgabe betrachtet, nicht nur in der Palliativmedizin, sondern auch in anderen medizinischen Fachrichtungen und überall dort, wo Patienten in ihrer Krankheitsbewältigung unterstützt werden müssen. Es besteht jedoch keine einheitliche Auffassung über die Kernkompetenzen von Spiritual Care, geeignete Unterrichtsmethoden oder Kriterien der Evaluation von spirituellen Interventionen und Unterrichtseinheiten. Inzwischen zeigen mehrere Studien die Bedeutung der Einführung fachspezifischer Schulungen in Spiritual Care sowie der Verknüpfung zwischen der Ausbildung in Spiritual Care und der Gesundheitsversorgung (Balboni, Sullivan et al. 2013).

Es besteht noch keine klare und endgültige Definition von Spiritual Care. Laut der WHO-Definition von Palliative Care gehören zur Betreuung schwerkranker Patienten die „Vorbeugung und Linderung von Leiden durch frühzeitiges Erkennen, untadelige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“ (WHO 2013). Um eine Definition für den europäischen Raum zu formulieren, hat die EAPC (European Association of Palliative Care) in ihrem Lagebericht von 2011 versucht, Spiritual Care anhand der Definition von Spiritualität zu definieren. „Spiritualität ist die dynamische Dimension menschlichen Lebens, die sich darauf bezieht, wie Personen (individuell und in Gemeinschaft) Sinn, Bedeutung und Transzendenz erfahren, ausdrücken und / oder suchen, und wie sie in Verbindung mit dem Moment, dem eigenen Selbst, mit Anderen/m, mit der Natur, mit dem Signifikanten und / oder dem Heiligen stehen“ (Nolan, Saltmarsh et al. 2011, S. 86-89, Roser 2011).

Spiritual Care hilft den Menschen, Hoffnung, Belastbarkeit und innere Stärke in Krankheitszeiten, Übergangsphasen und bei Verletzungen zu entdecken bzw. wiederzuentdecken (Scotland 2013). Das Hauptziel von Spiritual Care besteht darin, den Mitarbeitern in den Gesundheitsberufen ein Gerüst anzubieten, um mit den Patienten zu kommunizieren und ihnen zuzuhören sowie ihre Ängste, Träume und ihren Schmerz zu erfassen. Um eine optimale Betreuung zu

ermöglichen, ist eine Zusammenarbeit mit dem Patienten sehr wichtig (Puchalski und Romer 2000).

Die spirituelle Orientierung des Patienten hat großen Einfluss auf den Krankheitsverlauf und kann sowohl erleichternd als auch behindernd sein. Dementsprechend sind das Erkennen und Einschätzen der spirituellen Orientierung des Patienten durch die Mitarbeiter in den Gesundheitsberufen von großer Bedeutung (Frick 2014). In diesem Zusammenhang haben verschiedene Studien darauf hingewiesen, dass Unsicherheit und Ängste der Mitarbeiter oftmals die Behandlung beeinflussen (McSherry und Jamieson 2013). Um die Beziehung zum Patienten zu intensivieren und die Behandlungsabläufe zu optimieren, besteht großes Interesse an Spiritual Care unter den Mitarbeitern in den Gesundheitsberufen (Balboni, Sullivan et al. 2014, Kuczewski, McCarthy et al. 2014, Zamanzadeh, Rassouli et al. 2014).

Vielen Studien zufolge sind Spiritualität und Spiritual Care ein essenzieller Bestandteil vieler medizinischer Behandlungsmethoden (Kalish 2012). Die Bedeutung der Integration von Spiritual Care in verschiedene medizinische Fachbereiche sowie der Schulung des Personals, konnte durch Personalbefragungen und anhand von systematischen Übersichtsarbeiten verdeutlicht werden. Die Mitarbeiter in den Gesundheitsberufen sind sich zwar der spirituellen Bedürfnisse ihrer Patienten bewusst, sie können aber wegen Schulungs- und Erfahrungsmangel nicht auf diese eingehen (Collins, Paul et al. 2001).

Es wird immer noch über die Kernkompetenzen von Spiritual Care diskutiert. Die allgemeine Annahme lautet, dass jede Berufsgruppe sowie jede Disziplin einige spezifische und allgemeine Kompetenzen in Spiritual Care hat (Frick 2014). In der Ausgabe des *EAPC „White Paper“* von 2013 werden Kernkompetenzen in der palliativen Versorgung dargestellt und gefordert, dass die Anbieter palliativer Versorgung in der Lage sein sollten, die spirituellen Bedürfnisse ihrer Patienten wahrzunehmen. Dementsprechend wird von den Mitarbeitern in den Gesundheitsberufen erwartet, dass sie spirituelle bzw. existenzielle Fragen aufwerfen und diskutieren, ihr Verständnis und Nachdenken demonstrieren und Spiritualität in ihren Behandlungsplan integrieren. Parallel dazu sollten die Mitarbeiter in den Gesundheitsberufen

evozierte Themen mit Respekt und Unterstützung erfassen und sich die Grenzzlinien bezüglich kultureller Hintergründe, Werte und Entscheidungen bewusst machen (Gamondi, Larkin et al. 2013).

Laut Maio (2013) hat jeder Mensch Potenziale und Ressourcen, sich bei einer unheilbaren oder chronischen Krankheit auch mit dem Unabänderlichen so anzufreunden, dass er durch die Krankheit hindurch ein erfülltes Leben führen kann. Die Aufgabe der Medizin besteht darin, den Patienten dabei zu unterstützen. Hierbei stellt die spirituelle Anamnese einen möglichen Weg dar, Zugang zum Patienten zu bekommen. Jedoch besteht meist eine Diskrepanz zwischen fehlender Ausbildung in Spiritual Care und dem Wunsch, dem Patienten ein kompetenter spiritueller Begleiter zu sein (Kristeller, Zumbrun et al. 1999). Diese Diskrepanz veranlasst die Patienten, nach Alternativen außerhalb der evidenzbasierten Medizin zu suchen. Vor allem in den psychospirituellen Bereich investieren die Patienten viel Geld und Kraft (Frick 2014).

Um die Mitarbeiter in den Gesundheitsberufen effektiv auszubilden, sind standardisierte Schulungen notwendig. Seitdem die ersten Publikationen sich mit der Definition, Bedeutung und Bewertung von Spiritualität in der Gesundheitsliteratur beschäftigten, stieg die Anzahl der Ausbildungen in Spiritual Care für die Mitarbeiter in den Gesundheitsberufen signifikant an (Sessanna, Finnell et al. 2007, Puchalski, Cobb et al. 2012). Die Ziele und Inhalte der vorhandenen Schulungen variierten jedoch erheblich (Paal, Roser et al. 2014). Verschiedene systematische Übersichtsarbeiten beschäftigten sich mit der Definition und Bedeutung von Spiritual Care (Pike 2011) sowie mit den Instrumenten für die Erhebung der spirituellen Anamnese (Lucchetti, Bassi et al. 2013). Studien, die sich mit einer Dokumentation von vorhandenen Schulungen befassen, fehlen bislang.

1.2 Definitionen

Die beiden Begriffe, Spiritualität und Religiosität sind in der Arbeit von großer Bedeutung. Im Folgenden werden sie erklärt und im Anschluss daran wird der, für die Arbeit relevanter Zusammenhang, zwischen den beiden Begriffen erläutert.

1.2.1 Spiritualität

Das Wort Spiritualität leitet sich von dem lateinischen „spiritus“ ab und bedeutet „Geist“ oder auch „Hauch“. Spiritualität kann allgemein als Geistigkeit bzw. Geistiges aller Art oder speziell als Geistliches im religiösen Sinne betrachtet werden (Körtner 2011).

Meyers Taschenlexikon und das „Lexikon der Psychologie“ geben bei ihrer Definition von Spiritualität an, dass Spiritualität Auswirkungen auf die Ausgestaltung des individuellen Lebens hat: [Spiritualität ist] „die durch seinen Glauben begründete und durch seine konkreten Lebensbedingungen ausgeformte geistig-geistliche Orientierung und Lebenspraxis eines Menschen“. Daraus ergibt sich eine breite Definition die über die religiösen Grenzen hinausgeht und sich mehr mit der Lebensweise eines Menschen beschäftigt (Städtler 2003, Zwahr 2006).

Spiritualität ist eine dynamische Einrahmung, die sehr an der Wirklichkeit orientiert ist: „Der Begriff ‚Spiritualität‘ ist primär Bezeichnung für eine spezifische Art von Einstellung und Selbstverständnis von Menschen innerhalb der Wirklichkeit bzw. von Lebenspraxis, nicht eine Kategorie theoretischer Reflexion“ (Hilpert 2009, S. 18). Dementsprechend kann Spiritualität vom Individuum geübt werden und sogar durch Kommunikation mit anderen für Spiritualität offenen Menschen angeregt und kultiviert werden (Hilpert 2009).

Einige Autoren betrachten Spiritualität als eine Eigenschaft, die jedem Menschen eigen ist und keine bewusste Entscheidung zu einer allgemeinen Glaubensüberzeugung beinhaltet, die sich in institutionellen Formen oder Gemeinschaften widerspiegelt (Puchalski 2006). Ähnlich sehen Büssing und Ostermann in der Spiritualität eine individuelle Erfahrung und „eine nach Sinn und Bedeutung suchende Lebenseinstellung, bei der sich der/die Suchende ihres „göttlichen“ Ursprungs bewusst ist (...) und eine Verbundenheit mit

anderen, mit der Natur, mit dem Göttlichen usw. spürt. Aus diesem Bewusstsein bemüht er/sie sich um die konkrete Verwirklichung der Lehren, Erfahrungen oder Einsichten im Sinne einer individuell gelebten Spiritualität, die durchaus auch nicht-konfessionell sein kann. Dies hat unmittelbare Auswirkungen auf die Lebensführung und die ethischen Vorstellungen“ (Büssing und Ostermann 2004, S. 110-133). Der Begriff „Spiritualität“ ist in der Medizin populärer geworden. Roser sieht ebenso die Garantie für Individualität als Grund dafür. Er definiert Spiritualität wie folgt: „Spiritualität ist genau – und ausschließlich – das, was der Patient dafür hält“ und diene damit „der Wahrung der Freiheit des Individuums, und zwar sowohl vor dem Zugriff durch bestimmte Religion und Religionsgemeinschaften als auch vor den objektivierenden und manchmal enthumanisierenden Tendenzen des medizinisch-klinischen Apparats“ (Roser 2011, S. 53).

Eine andere Eigenschaft von Spiritualität ist die „Transzendenz“. Darunter versteht man die Hinwendung zu einem Bereich, der jenseits der sinnlichen Erfahrungen und des Fassbaren liegt. Frick fasst Spiritualität in der modernen Diskussion als „eine Systemeigenschaft des lebendigen Menschen, die sich durch Subjektivität, Kommunikation und Selbsttranszendenz auszeichnet“ zusammen (Frick 2002, S. 43).

Zusammenfassend kann Spiritualität als eine individuelle Eigenschaft des Menschen betrachtet werden. Sie ist dynamisch, vielseitig und sehr anpassungsfähig. Durch Kommunikation kann Spiritualität kultiviert und angeregt werden.

1.2.2 Religiosität

Religiosität leitet sich aus dem lateinischen „religare“ ab, was so viel wie „sich an etwas binden“, oder auch „sich binden“ bedeutet. Es handelt sich dabei um eine Weltanschauung, „bei der ein gemeinsamer überlieferter Glaube an eine unbeweisbare, jenseitige Wirklichkeit (Transzendenz) im Vordergrund steht“ (Büssing und Ostermann 2004, S. 110-133). Eine andere Etymologie geht auf Cicero zurück, bei ihm bedeutet das Verbum „relégere“ ‚wieder durchgehen‘ oder ‚überdenken‘. Religiosität kann zusammenfassend als „Teilnahme an Glaubensüberzeugungen, Ritualen und Aktivitäten traditioneller Religionen“ definiert werden (Brady, Peterman et al. 1999, S. 418).

1.2.3 Zusammenhang zwischen Religiosität und Spiritualität

Es gibt eine wachsende Überzeugung, dass Spiritualität gegenüber der Religion fundamentaler sei (Gysels und Higginson 2004) und „eine subjektive Erfahrung ist, die sowohl inner- als auch außerhalb traditionell religiöser Systeme existiert“ (Brady, Peterman et al. 1999, S. 417-428). Die moderne Lebensqualitätsforschung tendiert zur Trennung der beiden Begriffe und betrachtet Spiritualität als breiteres und der Religiosität übergeordnetes Prinzip (Zwingmann 2004).

Spiritualität kann im Gegensatz zu Religiosität als ontologisch motivierter Impuls zur Erhaltung einer Einheit oder einer Beziehung mit Gott gesehen werden (Hodge und Bushfield 2006). Bewusstes religiöses Erleben ist demnach eine Form des Spirituellen. Daraus folgt, dass sie sowohl inner- als auch außerhalb von Religionen zu finden ist und unmittelbare Auswirkungen auf Lebensführung und ethische Wertvorstellungen hat (Hauf 2009).

Ferner beschreibt MacDonald in einer Faktorenanalyse Spiritualität als ein Konstrukt aus fünf Dimensionen: kognitive Orientierung, erfahrungsbezogene Dimension, existenzielles Wohlbefinden, paranormale Glaubensvorstellung sowie Religiosität (MacDonald 2000). In diesem Zusammenhang stellt er die Religiosität als einen Teil der Spiritualität dar.

In dieser systematischen Übersichtsarbeit wird Religiosität als ein Teil der Spiritualität betrachtet. Trotz der Tatsache, dass die beiden Begriffe nicht äquivalent sind, wird der Begriff „Religious Care“ für die Literatursuche verwendet.

1.2.4 Mitarbeiter in den Gesundheitsberufen und medizinische Einrichtungen

Spiritual Care kann bzw. wird von verschiedenen Fachkräften und Nicht-Fachkräften in verschiedenen Bereichen ausgeübt. Die systematische Übersichtsarbeit konzentriert sich auf Mitarbeiter in den Gesundheitsberufen, die in einer ambulanten oder stationären medizinischen Einrichtung arbeiten (Tabelle 1) sowie auf Studenten, die ein Fach im Gesundheitswesen studieren (Tabelle 1).

Tabelle 1: Definition von Mitarbeitern in den Gesundheitsberufen und medizinischen Einrichtungen

| Mitarbeiter in den Gesundheitsberufen | Medizinische Einrichtungen |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Pflegepersonal• Ärzte• Seelsorger• Sozialarbeiter• Musik- und Kunsttherapeuten• Psychologen• Physiotherapeuten• Pharmazeuten• Notärzte und Rettungsdienst• Krankenhausverwaltung | <ul style="list-style-type: none">• Krankenhäuser• Medizinische Zentren• Praxen• Ambulante medizinische Dienste• Pflegeheime• Altenpflegeheime• Psychiatrische Einrichtungen• Rehabilitationszentren• Palliativmedizin und Sterbebegleitung |

2 Fragestellung

Ziel dieser systematischen Übersichtsarbeit ist, Schulungen in Spiritual Care, die den Mitarbeitern in den Gesundheitsberufen angeboten werden, zu identifizieren sowie systematisch und kritisch Ziele, Struktur, Ergebnisse und Auswirkungen zu bewerten.

Die Studie hat das Ziel, folgende Forschungsfrage zu beantworten:

Welche Schulungen in Spiritual Care werden den Mitarbeitern in den Gesundheitsberufen angeboten?

Daraus ergeben sich weitere Fragestellungen, um die Ergebnisse umfangreicher und für die Praxis aussagekräftiger darzustellen. Zur Diskussion stehen Inhalt der Schulungen, Gliederung sowie einzelne Merkmale und Anwendungsmöglichkeiten.

Die Teilfragen sind wie folgt:

1. Was sind die allgemeinen Ziele der Schulungen in Spiritual Care?
 - Welche Kernkompetenzen werden vermittelt?
2. Welche Methoden werden in den Schulungen angewandt?
3. Welche Ergebnisse haben die Schulungen?
 - Wurden die Ergebnisse anhand einer Lernzielkontrolle oder einer Effektivitätsskala bewertet?
4. Haben die Teilnehmer ihr Wissen umgesetzt?

3 Methoden

Systematische Übersichtsarbeiten bieten die Möglichkeit, wissenschaftliche Veröffentlichungen (Einzelstudien) zu einer bestimmten Fragestellung systematisch und strukturiert zu identifizieren, kritisch zu bewerten und zusammenzufassen (Chalmers, Hedges et al. 2002).

Die systematische Übersichtsarbeit basiert auf einer ausführlichen Literaturrecherche in zehn medizinischen Datenbanken. Es wurde ein, im Voraus entwickelter, Suchalgorithmus angewandt, um die Datenbanken nach relevanter Literatur abzufragen. Dieser wurde auf die einzelnen Datenbanken angepasst. Die unterstützenden Suchtechniken sowie die Suchwerkzeuge wurden aus den Suchanweisungen der einzelnen Datenbanken entnommen und in den Suchalgorithmus integriert.

Anschließend wurden die Suchergebnisse in eine Endnote-Datei zusammengefügt, die Duplikate gelöscht und die Artikel nach Ein- und Ausschlusskriterien sortiert.

In diesem Kapitel werden die einzelnen Schritte der Planung sowie die Durchführung der systematischen Übersichtsarbeit im Detail beschrieben.

3.1 Datenbanken

Zehn Datenbanken wurden vor Beginn der Literaturrecherche festgelegt. Ausgewählt wurden die wichtigsten medizinischen und einzelne fachspezifische Datenbanken. Die Auswahl erfolgte nach den *Leitlinien der systematischen Übersichtsarbeiten in der medizinischen Ausbildung* (Cook und West 2012). Der Zeitraum für die Suche wurde für alle Datenbanken vom Registeranfang bis zur 27. Woche 2013 festgelegt. Die Tabelle 2 gibt eine Übersicht der Datenbanken sowie des Zeitraumes der Suche.

Tabelle 2: Liste der Datenbanken

| Datenbank | Zeitraum |
|--|---------------------------------|
| Assia (Applied Social Sciences Index and Abstracts) | Von 1987 bis zur 27. Woche 2013 |
| ATLA (The American Theological Library Association) | Von 1949 bis zur 27. Woche 2013 |
| CINAHL | Von 1937 bis zur 27. Woche 2013 |
| EMBASE | Von 1974 bis zur 27. Woche 2013 |
| ERIC (Education Resources Information Center) | Von 1966 bis zur 27. Woche 2013 |
| MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) | Von 1946 bis zur 27. Woche 2013 |
| PsychINFO | Von 1597 bis zur 27. Woche 2013 |
| Social Service Abstracts | Von 1979 bis zur 27. Woche 2013 |
| The Cochrane Central Register of Controlled Trials | Von 1898 bis zur 27. Woche 2013 |
| Web of Knowledge/Science | Von 1864 bis zur 27. Woche 2013 |

3.2 Suchalgorithmus

Der Suchalgorithmus basiert auf den englischen Begriffen „Spirituality“ und „Religion“. Mithilfe von MeSH¹ wurde eine Gruppe mit dem Begriff "Spiritual Care" sowie eine zweite Gruppe mit "Religion Care" erstellt. Ausgehend von diesen beiden Gruppen wurden Synonyme und Kombinationen gesucht. Als Synonym für „Spiritual Care“ wurde von MeSH der Begriff „Pastoral Care“ vorgeschlagen. Die beiden Begriffe sind jedoch nicht äquivalent und Spiritual Care wird nicht als ein moderner Ausdruck für Krankenhausseelsorge angesehen. Spiritual Care wird eher definiert als ein "...zusammenfassender Begriff für eine Querschnittsaufgabe aller Gesundheitsberufe". Spiritual Care ist somit nicht nur Krankenhausseelsorgern vorbehalten, sondern auch anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen mit einer gewissen spirituellen Basiskompetenz (Frick 2014, S.16).

Eine dritte Gruppe von Begriffen, die eine Schulung in Spiritual Care veranschaulicht, verfeinerte die Suche. Ausgehend von den Begriffen, wie zum Beispiel „Training“, „Curriculum“ und „Education“, wurde nach verbalen und nominalen Synonymen gesucht. Daraus wurde eine Liste mit relevanten Verben bzw. Nomen entwickelt (Tabelle 3).

Tabelle 3: Liste der Suchbegriffe

| Gruppe | Suchbegriffe |
|-------------------------|--|
| Spirituality | spiritual care, ~healing, ~guidance, ~therapy, ~treatment, ~supervision, ~history, ~care in medicine, ~future, ~needs, ~counseling |
| Religion | religion care, ~healing, ~guidance, ~therapy, ~treatment, ~supervision, ~history, ~care in medicine, ~future, ~needs, ~counseling |
| Suchverfeinerung | educate, teach, train, coach, supervision, seminar, lecture, workshop, curriculum, round, school, tutor |

¹ Der MeSH (Medical Subject Headings) ist ein polyhierarchischer, konzeptbasierter Thesaurus (Schlagwortregister). Er dient zur Katalogisierung von Buch- und Medienbeständen, Indexierung von Datenbanken und Erstellung von Suchprofilen (DIMDI 2015).

Um die verschiedenen Verbkonjugationen sowie die Pluralform eines Wortes zu erfassen, wurde das Wort auf den Wortstamm reduziert und mit dem Zeichen „\$“ verbunden. Von der Suchmaschine wurden Wörter erkannt, die diesen Wortstamm enthalten. Der Vorteil liegt darin, dass das Prozedere nur einmal durchgeführt werden muss, um alle Wortformen zu erfassen. Beispiele: Indem das Wort „religion“ als „religio\$“ verwendet wurde, suchte die Maschine nach „religion“, „religious“ und „religiosity“. Ein anderes Beispiel dazu ist das Wort „train\$“, das für „train“, „training“, „trained“ und „trainings“ steht. Hierbei wurden auch die verschiedenen Schreibweisen des britischen und amerikanischen Englisch berücksichtigt.

Die Suchmaschinen bieten verschiedene Werkzeuge an, um nach Begriffen aus mehreren Wörtern zu suchen. Die Funktion „Adj2“ (*adjacent term*) verbindet zwei Wörter ohne eine Reihenfolge der Wörter zu berücksichtigen und behandelt sie als einen Begriff. Die Funktion setzt voraus, dass die beiden Wörter im Satz nebeneinander stehen oder höchstens durch ein Wort getrennt werden. Jedoch unterstützen nicht alle Suchmaschinen diese Funktion. Eine Alternative besteht darin, die Suchbegriffe in Klammern zu setzen. Der Nachteil dieser Methode ist, dass die Suchmaschine den Begriff erst dann erkennt, wenn die Wörter unmittelbar nebeneinander und in der gleichen Reihenfolge stehen.

Um möglichst effizient und in wenigen Schritten zu suchen, wurden die einzelnen Suchbegriffe kombiniert. Die Begriffe innerhalb der jeweiligen Gruppen wurden mit dem Booleschen Operator² „OR“ (oder) und die einzelnen Gruppen mit dem Booleschen Operator „AND“ (und) miteinander verbunden, so dass die Suchmaschinen in einem einzelnen Suchvorgang nach allen relevanten Treffern suchen können. Es wurde jeweils eine Suchverfeinerung mit einem Begriff der „Spirituality“-Gruppe oder mit einem Begriff der „Religion“-Gruppe zu einem Suchkomplex verbunden. Die Suchmaschine verbindet die Begriffe und wiederholt den Vorgang automatisch. Die Abbildung 1 zeigt und verdeutlicht die Suchgruppen sowie den Aufbau des Suchkomplexes.

² Boolesche Operatoren sind Ausdrücke, die eine logische Verbindung zwischen einzelnen Suchbegriffen beschreiben (Kaiserslautern 2015).

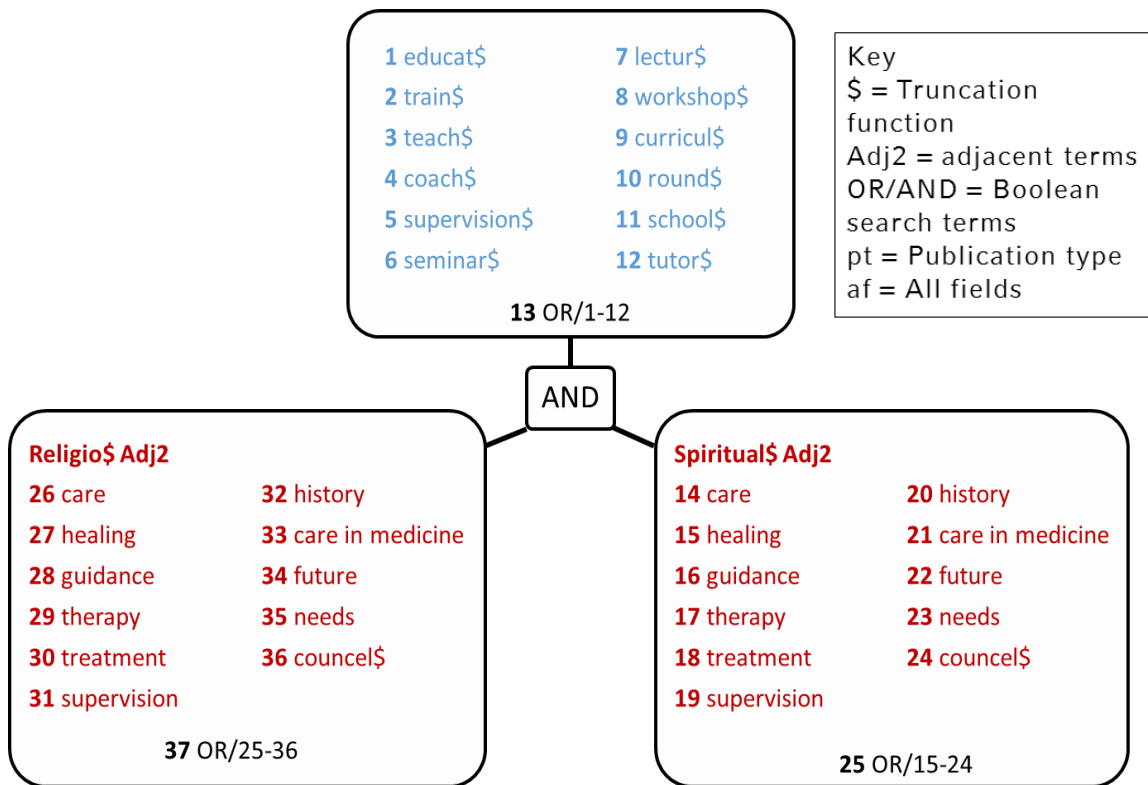


Abbildung 1: Der Suchalgorithmus

Beispiele:**1. 13 AND 25:**

(educat\$ OR train\$ OR teach\$ OR coach\$ OR supervision\$ OR seminar\$ OR lecture\$ OR workshop\$ OR curricul\$ OR round\$ OR school\$ OR tutor\$)
AND ((spiritual\$ adj2 care) OR (spiritual\$ adj2 healing) OR (spiritual\$ adj2 needs) OR (spiritual\$ adj2 guidance) OR (spiritual\$ adj2 therapy) OR (spiritual\$ adj2 treatment) OR (spiritual\$ adj2 supervision) OR (spiritual\$ adj2 history) OR (spiritual\$ adj2 care in medicine) OR (spiritual\$ future) OR (spiritual\$ adj2 council\$))

2. 13 AND 37:

(educat\$ OR train\$ OR teach\$ OR coach\$ OR supervision\$ OR seminar\$ OR lecture\$ OR workshop\$ OR curricul\$ OR round\$ OR school\$ OR tutor\$)
AND ((religio\$ care) OR (religio\$ healing) OR (religio\$ adj2 guidance) OR (religio\$ adj2 therapy) OR (religio\$ adj2 treatment) OR (religio\$ adj2 supervision) OR (religio\$ adj2 history) OR (religio\$ adj2 care in medicine) OR (religio\$ adj2 future) OR (religio\$ adj2 needs) OR (religio\$ adj2 council\$))

3.3 Suchverfahren

Der Suchalgorithmus wurde in den Suchmaschinen der ausgewählten Datenbanken verwendet und nach Möglichkeit in mehreren Datenbanken gesucht. Zum Beispiel erlaubt die Suchmaschine „Ovid“ die gleichzeitige Suche in den Datenbanken *Medline*, *Embase*, und *ATLA*. Diese Methode ist aufgrund der Zeitersparnis sowie Reduzierung der Duplikate zu bevorzugen. Die Fehlerquote bei einer späteren manuellen Bearbeitung der Daten wird zudem verringert.

Die Suchergebnisse wurden in eine *EndNote*®-Datei eingefügt und nach den Datenbanken geordnet. Diese Gruppierung dient der Selbstkontrolle und der Verfolgung des Artikelursprungs in späteren Stadien der Arbeit.

Durch die Suche in verschiedenen Datenbanken mit den verschiedenen Suchmaschinen resultiert eine Vielzahl an Duplikaten. Um diese auszusortieren, wurden mithilfe von *EndNote*® die Duplikate gesucht, kontrolliert und gelöscht. Das Programm sucht nach identischen Titeln und Autoren. Es unterscheidet jedoch zwischen Groß- und Kleinschreibung. Manche Autorennamen sind durch Initialen vermerkt. Dadurch ist eine manuelle Bearbeitung der Ergebnisse als weiterer Schritt erforderlich. Die Titel wurden alphabetisch sortiert und gelesen. Bei identischen Titeln wurden die Autoren und das Erscheinungsjahr verglichen und dementsprechend sortiert.

3.4 Auswahl der Artikel

Die Auswahl der für die Fragestellung relevanten Artikel erfolgt nach den im Studienprotokoll festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien (Tabelle 4). Für jeden Artikel sollen alle Einschlusskriterien und kein einziges Ausschlusskriterium zutreffen. Die Auswahl erfolgt zunächst durch das Überprüfen des Titels und dann durch das Lesen des Abstracts. Falls aufgrund dieser Kriterien keine Auswahlmöglichkeit zutrifft, wird der Artikel gesamt gelesen.

Zwei Kritiker arbeiteten bei der Auswahl der Titel und Abstracts parallel. Die Titel wurden in relevante, nicht relevante und unklare unterteilt. Die Ergebnisse wurden zusammengefügt und verglichen, über die unklaren Titel wurde diskutiert und eine gemeinsame Entscheidung getroffen.

Die Abstracts wurden in ähnlicher Vorgehensweise aussortiert und in zwei Kategorien eingeteilt, unklare und nicht relevante. Die unklaren Abstracts wurden erneuert gelesen und sortiert. Ziel dieses Prozesses war, die relevanten Artikel zu identifizieren, um schließlich deren Volltext zu lesen. Aus den unklaren Abstracts ist nach erfolgreicher Sortierung eine Liste von Artikeln entstanden, deren Volltext gelesen wurde, um die relevanten Informationen zu entnehmen. Ein Arbeitsdiagramm (Abbildung 2) dokumentiert die einzelnen Schritte ab der Suche bis zur Identifizierung der relevanten Artikel.

Tabelle 4: Ein- und Ausschlusskriterien

| Einschlusskriterien | Ausschlusskriterien |
|--|---|
| 1. Originalarbeiten (peer reviewed) | 1. Andere Publikationstypen |
| 2. Schulungen in Spiritual Care | 2. Laien: freiwillige Mitarbeiter, Angehörige und Heilpraktiker |
| 3. Sprache: Englisch oder Deutsch | 3. Gesundheitsdienstleistungen der Kirche |
| 4. Teilnehmer der Schulungen: Mitarbeiter in den Gesundheitsberufen oder Studenten im Gesundheitswesen | |
| 5. Vorhandene Schulungsevaluation | |

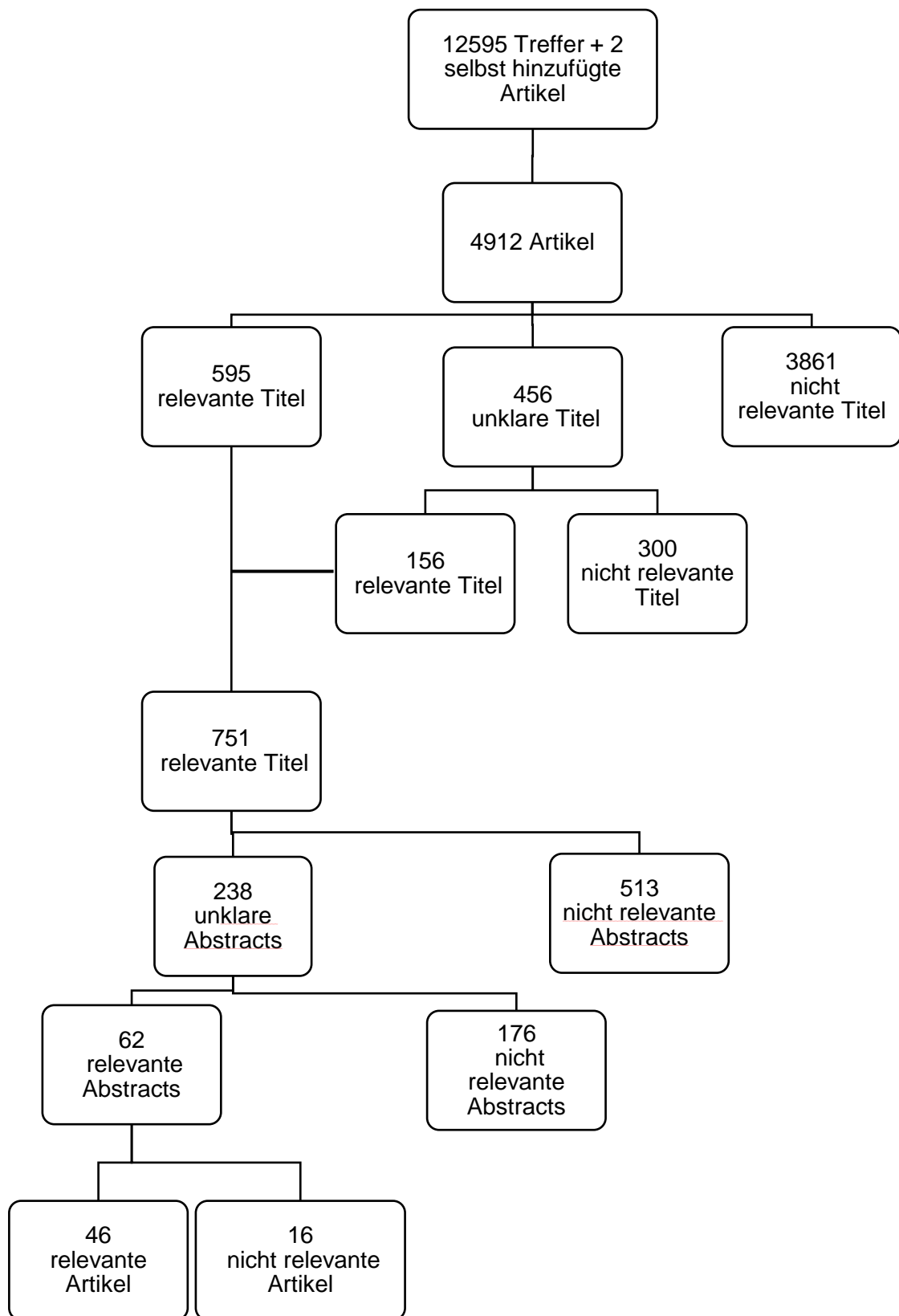


Abbildung 2: Arbeitsdiagramm der Datenauswahl

3.5 Datengewinnung

Durch eine Excel®-Tabelle wurden die relevanten Daten erfasst und veranschaulicht. Die Tabelle orientiert sich an der Fragestellung, um möglichst viele relevante Informationen aus den Artikeln entnehmen zu können und beinhaltet folgende Punkte:

1. Artikelverzeichnis
2. Zielgruppe
3. Teilnehmerzahl
4. Schulungstitel
5. Format
6. Ziele
7. Detail zur Schulung: als Seitenangabe
8. Methoden
9. Leistungsbeurteilung: Ja/Nein
10. Evaluation
11. Ergebnisse
12. Statistische Angaben: Ja/Nein
13. Implementierung in die Patientenversorgung: Ja/Nein

Die Informationen aus den oben genannten Punkten der Tabelle (Nr. 5,6,8,10 und 11) sind Textangaben, die direkt aus den Artikeln entnommen wurden. In den weiteren Schritten wurden die Texte mittels Inhaltsanalyse bearbeitet und analysiert. Die Methode der Wahl ist die narrative Synthese.

3.6 Narrative Synthese der Daten

Die narrative Synthese ist eine Methode zur Analyse der Forschungsergebnisse von systematischen Übersichtsarbeiten. In erster Linie basiert die narrative Synthese auf der Analyse von Wörtern und Texten, um die Ergebnisse zu erläutern und zusammenzufassen (Popay, Roberts et al. 2006). Die Kernelemente der narrativen Synthese sind:

1. Die Entwicklung eines theoretischen Modells.
2. Die Entwicklung einer vorläufigen Synthese.
3. Die Suche nach einem Zusammenhang zwischen den Daten.
4. Die Beurteilung der Ergebnisse.

Die Schritt-für-Schritt-Datengewinnung, die zur narrativen Synthese führte, ist in der Abbildung 3 beschrieben.

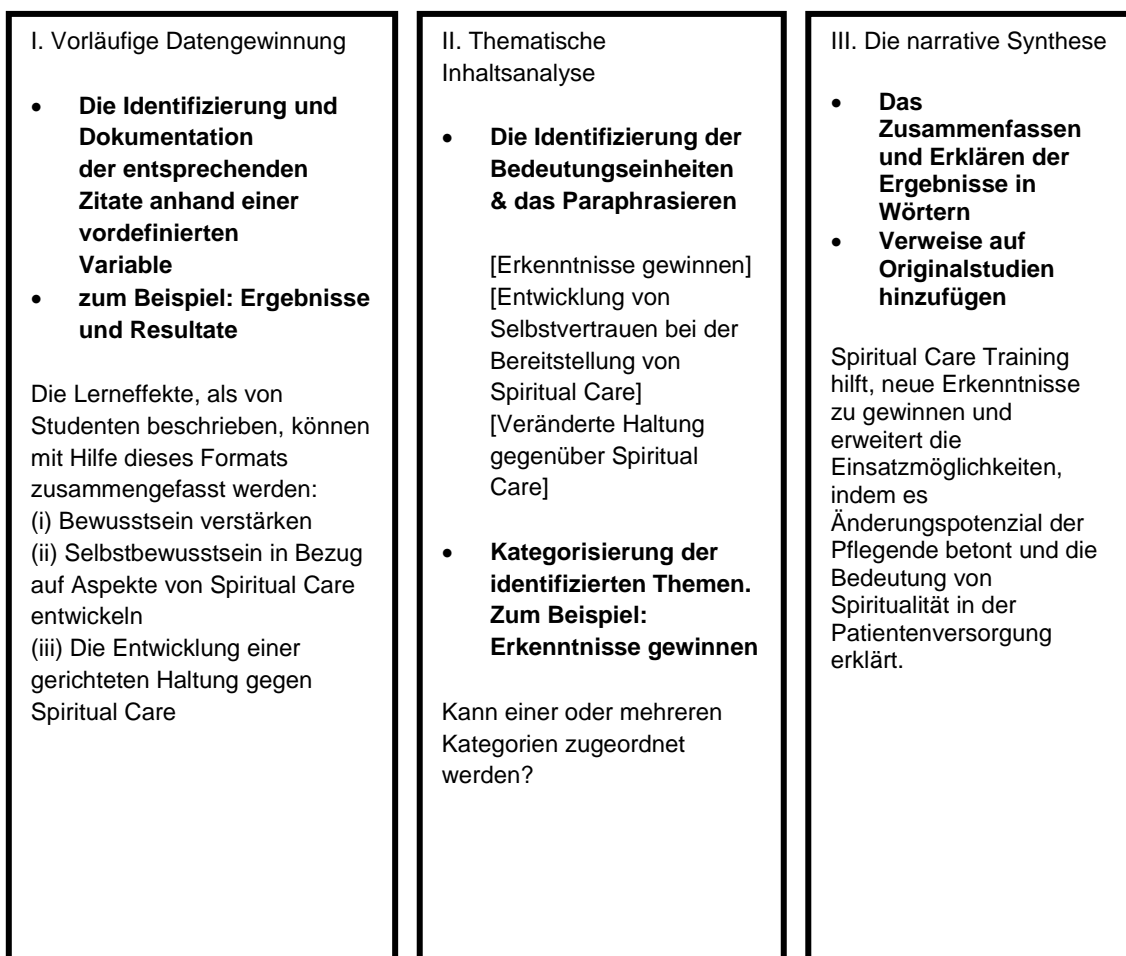


Abbildung 3: Der Schritt-für-Schritt-Datengewinnungsprozess

4 Ergebnisse

4.1 Ausgewählte Studien

Aus den 4912 Artikeln wurden 62 Artikel für die Studie gewählt. Aus diesen Artikeln wurden jedoch 16 Artikel im weiteren Verlauf aus den folgenden Gründen ausgeschlossen:

1. Die Artikel enthielten keine konkrete Evaluation durch die Schulungsteilnehmer.
2. Die Artikel behandelten das Thema „*End of Life*“ oder „*Palliative Care*“ und Spiritual Care wurde nur als Nebenthema erwähnt.
3. Es wurde in den Artikeln überhaupt keine Schulung evaluiert.
4. Bei den Artikeln handelte es sich nicht um eine Originalarbeit.

Somit resultierten 46 finale Artikel, die in der Tabelle 5 aufgelistet und in die Studie aufgenommen wurden. Im Folgenden werden die Charakteristika der einzelnen Artikel analysiert und zusammengefasst.

Die Studien sind in der Tabelle nach Berufsgruppen und Erscheinungsjahr sortiert. Die Anzahl der Schulungsteilnehmer wurde in fünf Gruppengrößen (<5, 6-10, 11-30, 31-100, >100 Teilnehmer) unterteilt. Die Tabelle macht zusätzlich Angaben über die Verfügbarkeit von Schulungsevaluationen durch die Teilnehmer. Außerdem werden Angaben über Leistungsbeurteilung, Studenten- und Patienten-Feedback sowie über die Anwendung des erlernten Wissens in der Klinik gemacht. Zusätzlich befinden sich in der Tabelle die Seitenangaben für die Beschreibung der Schulungen.

Tabelle 5: Übersicht der identifizierten Studien, nach Berufsgruppe sortiert

| Autor (Jahr) | Gruppen größe ^a | Schulungs details | Ergebnisse ^b | | | | |
|---|-------------------------------|----------------------|-------------------------|---------------------------|------------------------|-----------------------------|-----------------------|
| | | Seiten- angabe | Evalu- ation | Leistungs- beurteilung | Teilnehmer Feedback | In der Klinik angewendet | Patienten Feedback |
| Klinische Seelsorge | | | | | | | |
| Lucas (2001) | n.v. ^c | 138-141 | + | + | + | + | - |
| Lucas (2001) | n.v. | 6-7 | - | + | - | + | + |
| Rodriguez, A. Johnson et al. (2011) | **** | 375 | + | - | + | - | - |
| Wilson (2004) | * | 95 | + | - | + | - | - |
| Kraus (2008) | n.v. | 333-334 | + | + | + | - | - |
| Bentur und Resnizky (2010) | *** | n.v. | - | - | + | + | - |
| Ärzte und Medizinstudenten | | | | | | | |
| Musick, Cheever et al. (2003) | ***** | 68 | + | + | - | + | - |
| King, Blue et al. (2004) | ***** | 65 | + | + | - | - | - |
| Todres, Catlin et al. (2005) | * | 2734- 2735 | - | + | + | + | - |
| Barnett und Fortin (2006) | **** | 482 | + | - | + | - | - |
| Thompson und MacNeil (2006) | *** | 533 | - | - | + | - | - |

Ergebnisse

| Autor (Jahr) | Gruppen größe ^a | Schulungs details | Ergebnisse ^b | | | | |
|--|-------------------------------|----------------------|-------------------------|---------------------------|------------------------|-----------------------------|-----------------------|
| | | Seiten- angabe | Evalu- ation | Leistungs- beurteilung | Teilnehmer Feedback | In der Klinik angewendet | Patienten Feedback |
| Grabovac, Clark et al. (2008) | **** | 333-334 | + | - | + | - | - |
| Wasner, Roser et al. (2008) | ***** | 674 | + | - | - | - | - |
| Attar, Hernandez et al. (2010) | *** | 179 | + | + | - | + | - |
| Bell, Harbinson et al. (2010) | **** | 1205 | + | + | + | - | - |
| Nicol (2012) | n.v. | 131-132 | - | - | + | - | - |
| Multiprofessionelles Team | | | | | | | |
| Sierpina und Boisaubin (2001) | ***** | 149-153 | - | - | + | - | - |
| Wasner, Longaker et al. (2005) | **** | 100 | + | - | - | - | - |
| Hall, Weaver et al. (2006) | ** | 55 | - | - | + | - | - |
| Price und McNeilly (2006) | ** | 538 | + | - | + | - | - |
| Smith und Gordon (2009) | *** | 90 | + | + | + | - | - |
| Bushfield (2010) | n.v. | n.v. | - | - | + | - | - |
| Ellman, Schulman- Green et al. (2012) | n.v. | 1241- 1242 | + | - | + | - | - |

Ergebnisse

| Autor (Jahr) | Gruppen größe ^a | Schulungs details | Ergebnisse ^b | | | | |
|--|-------------------------------|----------------------|-------------------------|---------------------------|------------------------|-----------------------------|-----------------------|
| | | Seiten- angabe | Evalu- ation | Leistungs- beurteilung | Teilnehmer Feedback | In der Klinik angewendet | Patienten Feedback |
| Elhardt, Riedner et al. (2013) | ***** | 29 | + | - | - | - | - |
| Piotrowski (2013) | ***** | 187-189 | - | - | + | + | - |
| Pflegepersonal und Studenten / Auszubildende in der Pflege | | | | | | | |
| Emmer und Browne (1984) | *** | 65-66 | + | + | + | + | - |
| Groer, O'Connor et al. (1996) | n.v. | 276 | - | + | + | - | - |
| Shih, Gau et al. (1999) | **** | 86 | - | + | + | - | - |
| Shih, Gau et al. (2001) | *** | 336-337 | + | + | + | + | - |
| Lovanio und Wallace (2007) | ** | 44-45 | + | - | - | - | - |
| Morita, Murata et al. (2007) | ***** | 164 | + | - | - | - | - |
| Robinson (2007) | **** | 175-177 | + | + | + | - | - |
| van Leeuwen, Tiesinga et al. (2008) | **** | 2775 | + | + | - | - | - |
| Wallace, Campbell et al. (2008) | ***** | 4 | + | + | + | - | - |
| Taylor, Mamier et al. (2009) | ***** | 1134- 1135 | + | - | + | - | - |

Ergebnisse

| Autor (Jahr) | Gruppen größe ^a | Schulungs details | | Ergebnisse ^b | | | |
|--|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------------|------------------------|-----------------------------|-----------------------|
| | | Seiten- angabe | Evalu- ation | Leistungs- beurteilung | Teilnehmer Feedback | In der Klinik angewendet | Patienten Feedback |
| van Leeuwen, Tiesinga et al. (2009) | **** | 415 | + | - | + | - | - |
| Bay, Ivy et al. (2010) | **** | 120 | + | - | + | - | - |
| Lemmer (2010) | ** | 147 | - | - | + | - | - |
| Baldacchino (2011) | ***** | 45 | + | + | - | - | - |
| Yong, Kim et al. (2011) | **** | 283 | + | + | - | - | - |
| Lind, Sendelbach et al. (2011) | **** | 88 | + | - | - | + | - |
| O'Shea, Wallace et al. (2011) | **** | 83 | + | - | - | - | - |
| Vlasblom, van der Steen et al. (2011) | **** | 792 | + | - | - | + | + |
| Burkhart und Schmidt (2012) | ***** | 317 | + | + | + | - | - |
| Costello, Atinaja-Faller et al. (2012) | **** | 278-279 | + | - | + | - | - |
| Ya-Chu, Hui-Ying et al. (2012) | **** | 284 | + | - | + | + | - |

^a Gruppengröße: * < 5, ** = 6 bis 10, *** = 11 bis 30, **** = 31 bis 100, ***** > 100 Teilnehmer

^b „+“ = vorhanden / „-“ = nicht vorhanden

^c n.v. = Die Informationen sind im Artikel nicht vorhanden

4.2 Studieneigenschaften

4.2.1 Zielgruppen der Schulungen

Die meisten Schulungen wurden multiprofessionellen Teams angeboten, gefolgt von Pflegekräften, Pflegestudenten bzw. Auszubildenden und Medizinstudenten. Die Abbildung 4 zeigt die Verteilung der Zielgruppen. Die multiprofessionellen Teams sind aus zwei oder mehreren Berufsgruppen zusammengesetzt. Es wurden keine Schulungen spezifisch für Ärzte entwickelt, sie wurden gemeinsam mit anderen Berufsgruppen geschult. Die Zielgruppe Pflege ist stark vertreten, sowohl den Pflegekräften als auch den Pflegestudenten bzw. Auszubildenden wurden individuelle Schulungen angeboten.

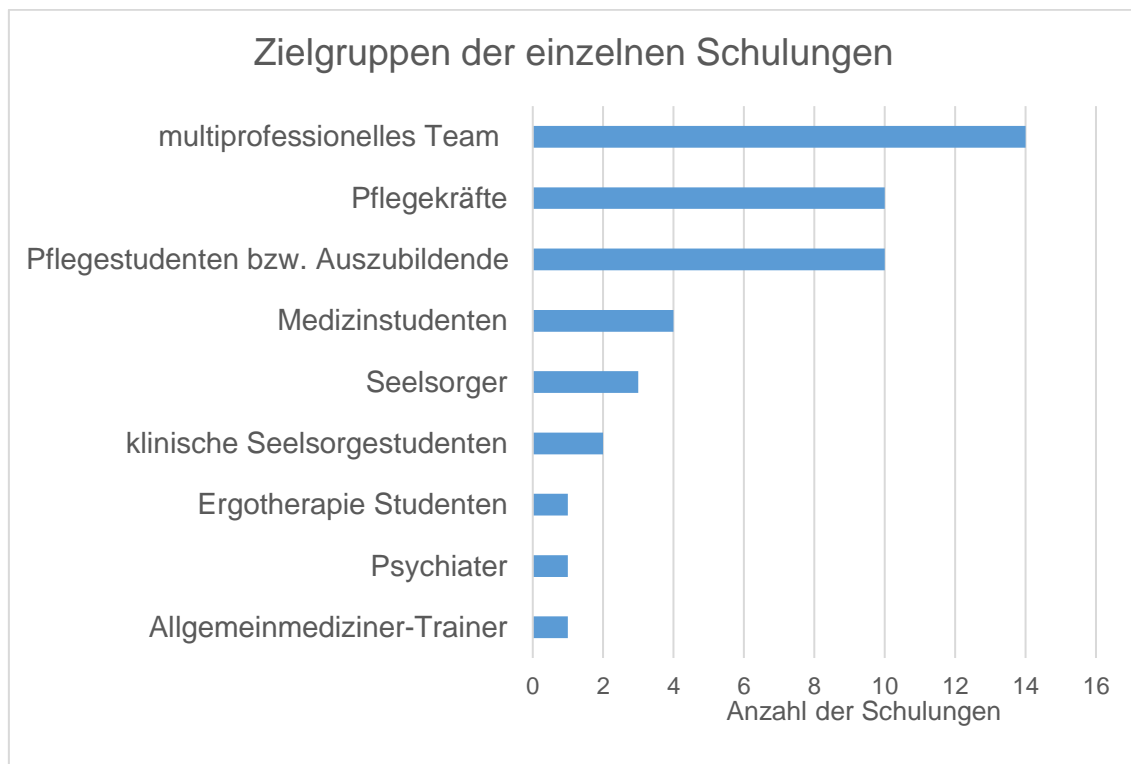


Abbildung 4: Zielgruppen der einzelnen Schulungen

4.2.2 Gruppengröße

Die Teilnehmerzahl der einzelnen Schulungen variierte sehr. Es wurde zwischen kleinen (1 bis 30 Teilnehmer) und großen Gruppen (mehr als 30 Teilnehmer) unterschieden. Unterteilt wurden die kleinen Gruppen wiederum in sehr kleine (1 bis 5 Teilnehmer), kleine (6 bis 10 Teilnehmer) und Gruppen, die so groß wie eine Schulklasse sind (11 bis 30 Teilnehmer).

Die großen Gruppen mit mehr als 30 Teilnehmern wurden in mittelgroße (31 bis 100 Teilnehmer) und sehr große Gruppen (> 100 Teilnehmer) gegliedert. Die Tabelle 6 fasst die Einteilung zusammen und gibt die Zahl der Schulungen wieder.

Tabelle 6: Teilnehmerzahl der einzelnen Schulungen

| Gruppengröße | Anzahl der Schulungen |
|----------------------------------|------------------------------|
| 31-100 | 13 |
| >100 | 12 |
| 11-30 | 8 |
| 6-10 | 4 |
| 1-5 | 2 |
| Keine vorhandenen Angaben | 7 |

Die häufigste Gruppengröße ($n=13$) ist die mittelgroße Gruppe, die mit 31-100 Teilnehmern vertreten ist. Am wenigsten wurde die kleinste Gruppengröße von 1-5 Teilnehmern gewählt. Sieben Artikel machten über die Teilnehmerzahl keine Angaben. Die Abbildung 5 gibt die Verteilung zusätzlich mit den Prozentangaben wieder.

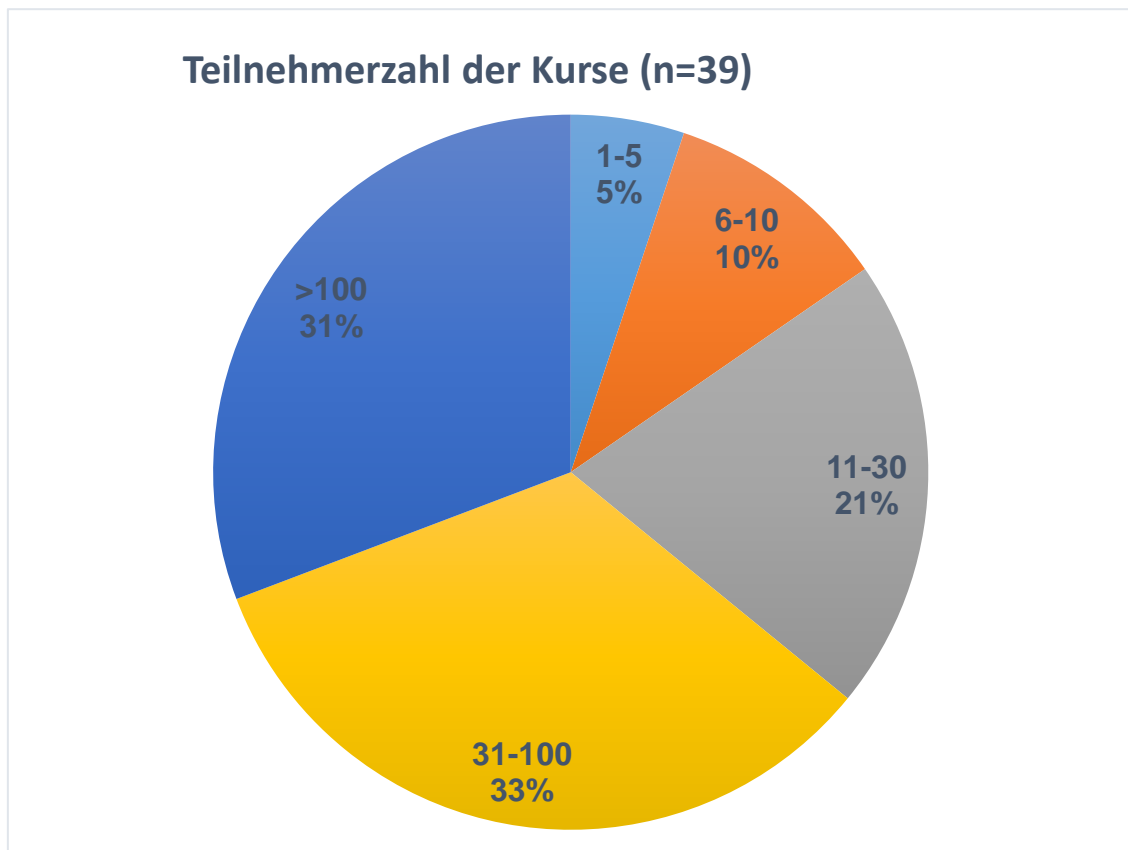


Abbildung 5: Teilnehmerzahl der einzelnen Schulungen

4.2.3 Ursprung der Artikel

Die meisten Artikel stammen aus Nordamerika (n=26), jeweils 24 aus den USA und zwei aus Kanada. Der europäische Raum folgt mit vierzehn Artikeln, wobei die meisten aus Großbritannien (n=6) und Deutschland (n=2) kommen. Fünf Artikel stammen aus dem Fernen Osten, Taiwan, Japan und Südkorea. Ein Artikel stammt aus Israel (Abbildung 6).

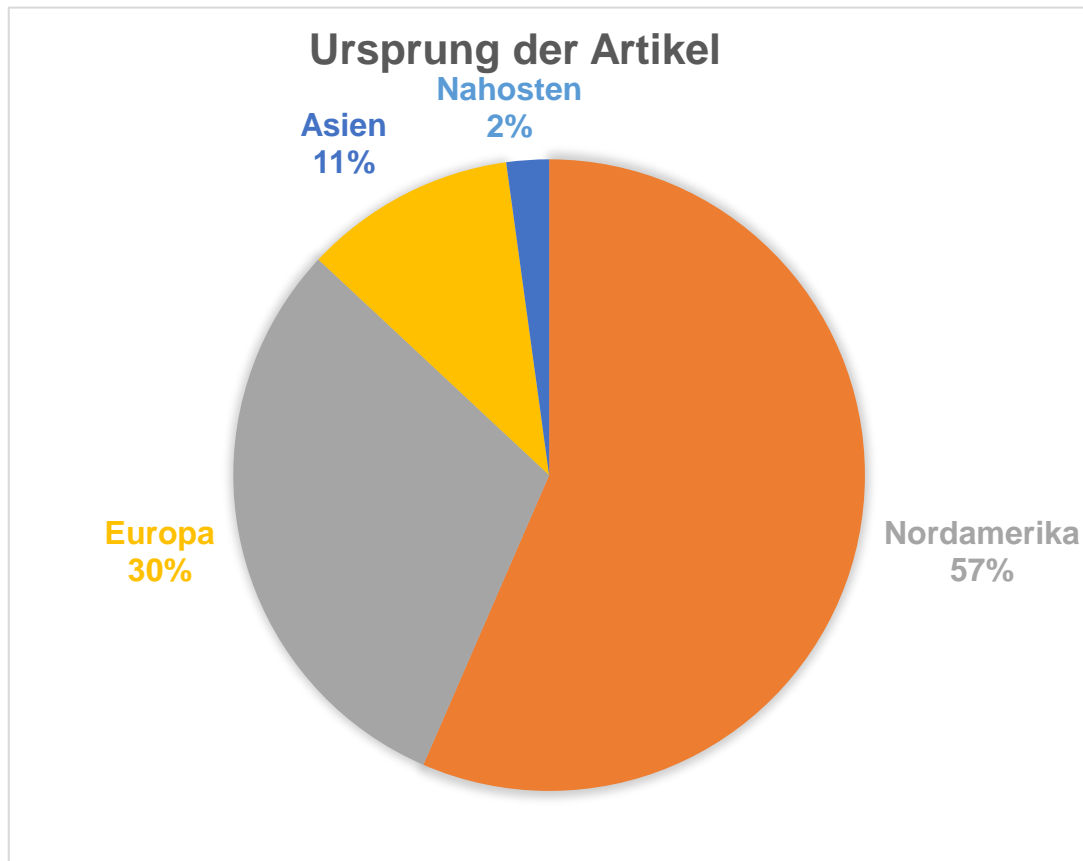


Abbildung 6: Ursprung der Artikel

Weiterhin berichteten 37% der Artikel (n=17) über eine Leistungsbeurteilung der Schulungsteilnehmer. 20% (n=9) der Schulungen wurden in den klinischen Alltag integriert. 59% der Schulungen (n=27) wurden von den Teilnehmern evaluiert und statistisch bewertet. Die häufigsten Evaluationsmethoden sind Fragebögen (58%, n=21) gefolgt von standardisierten Messmethoden (22%, n=8) und verbaler Rückmeldung (20%, n=7).

4.3 Ergebnisse der narrativen Synthese

4.3.1 Schulungsziele

Zu den allgemeinen Zielen der Schulungen in Spiritual Care gehört die Etablierung einer interdisziplinären Zusammenarbeit. In den Artikeln wurden unter anderem die Vorteile einer interdisziplinären Zusammenarbeit in Spiritual Care dargestellt und die Rolle der verschiedenen Berufsgruppen erläutert. Ein weiteres Ziel der Schulungen ist, Erkenntnisse über die umfassende Versorgung schwerkranker, palliativer Patienten und deren Angehörigen zu vermitteln. Zudem sollte die Integration von spirituellen Perspektiven in den Behandlungsplan durch die Schulungen gefördert werden. Zusammenfassend können die Hauptziele der Schulungen in drei Gruppen unterteilt werden:

1. Das Erkennen und Wahrnehmen eigener Spiritualität:

Um Spiritual Care besser zu verstehen, sollten die eigene Spiritualität und die eigenen spirituellen Bedürfnisse wahrgenommen werden (King, Blue et al. 2004, Baldacchino 2011, Vlasblom, van der Steen et al. 2011). Vielen Studien zufolge gehen Personen, die ihre eigene Spiritualität und eigenen spirituellen Bedürfnisse wahrnehmen, anders mit dem Thema Spiritual Care bei der Betreuung von Patienten und deren Angehörigen um (van Leeuwen, Tiesinga et al. 2009, Abbasi, Farahani-Nia et al. 2014). Spirituelle Ruhepausen oder Meditationen tragen zur Verbesserung des eigenen geistigen Wohlbefindens bei und fördern die Integration von Spiritualität in den Arbeitsalltag (Hall, Weaver et al. 2006, Bay, Ivy et al. 2010, Baldacchino 2011, Yong, Kim et al. 2011).

2. Die Rolle der Spiritualität im Gesundheitssystem darzustellen:

Relevante Begriffe wie Spiritualität, Spiritual Care, Spiritual Well-Being und seelische Nöte sollten in den Schulungen behandelt werden, um die Rolle der Spiritualität in der Medizin und die Bedeutung von Spiritual Care zu verdeutlichen (Shih, Gau et al. 1999, Lucas 2001, Sierpina und Boisaubin 2001, Musick, Cheever et al. 2003, Price und McNeilly 2006, Thompson und MacNeil 2006, Lohanio und Wallace 2007, Lemmer 2010). Die Teilnehmer sollten in der Lage sein, zwischen religiösen,

kulturellen und ethischen Angelegenheiten unterscheiden zu können (Lemmer 2010, Ellman, Schulman-Green et al. 2012). Darüber hinaus sollte der Zusammenhang von Spiritual Care mit anderen benachbarten Themen verdeutlicht werden. Zu den Themen zählen unter anderem die Sterbebegleitung, ethische Entscheidungen, klinische Merkmale des bevorstehenden Todes und Aspekte des Leidens einer sterbenden Person (Todres, Catlin et al. 2005, Wasner, Longaker et al. 2005, Barnett und Fortin 2006, Hall, Weaver et al. 2006, Lovanio und Wallace 2007, Smith und Gordon 2009, Rodriguez, A. Johnson et al. 2011, Ellman, Schulman-Green et al. 2012).

Auch sollten die Teilnehmer darin geschult werden, die spirituelle Einstellung der Patienten und Angehörigen zu erkennen sowie Signale für spirituelle Unterstützung der Patienten wahrzunehmen (Lind, Sendelbach et al. 2011, Burkhart und Schmidt 2012, Ellman, Schulman-Green et al. 2012). Ebenfalls ein wichtiger Lernprozess für die Teilnehmer ist, zu welchem Zeitpunkt religiöse Rituale, die für Patienten eine wichtige Rolle spielen, in die Behandlung miteinbezogen werden sollten (Lemmer 2010, Vlasblom, van der Steen et al. 2011).

3. **Die Vorbereitung der Schulungsteilnehmer auf die Begegnung mit spirituellen Themen:** Zu den weiteren Zielen der Schulungen zählten die Vorbereitung der Teilnehmer auf spirituelle Begegnungen und wie sie den Patienten Spiritual Care anbieten könnten (Shih, Gau et al. 2001, Sierpina und Boisaubin 2001). Außerdem sollten die Teilnehmer motiviert werden, nach dem Bedarf an spiritueller Unterstützung bei den Patienten und den Angehörigen zu suchen und diesen zu erkennen (Emmer und Browne 1984, Shih, Gau et al. 2001, Hall, Weaver et al. 2006). Dementsprechend sind Instrumente für das spirituelle Screening wie *FICA*, *HOPE* und *Spiritual-Life-Maps* ein wichtiger Bestandteil der Schulungen (Sierpina und Boisaubin 2001, Musick, Cheever et al. 2003, King, Blue et al. 2004, Todres, Catlin et al. 2005, Barnett und Fortin 2006, Thompson und MacNeil 2006, Wallace, Campbell et al. 2008, Bushfield 2010, Elhardt, Riedner et al. 2013).

Laut der Artikel ist die Interaktion mit den Patienten und deren Angehörigen ein essenzielles Element (Taylor, Mamier et al. 2009, Attar, Hernandez et al. 2010, Costello, Atinaja-Faller et al. 2012). Im klinischen Teil der Schulungen sollte die Kommunikation mit den Patienten geübt werden. Dabei spielt das aktive Zuhören eine wichtige Rolle, vor allem, um den Patienten einen kompetenten Kommunikationspartner zu signalisieren (Lucas 2001, Wilson 2004, Robinson 2007). Sinn der klinischen Übungen ist, den Mitarbeitern in den Gesundheitsberufen ein Gerüst anzubieten, um den Patienten bei spirituellen Angelegenheiten zu helfen und feinfühlig Rückmeldungen zu geben (Wilson 2004, Wasner, Longaker et al. 2005, Taylor, Mamier et al. 2009). Ein weiterer Aspekt der Schulungen besteht darin Toleranz gegenüber anderen Kulturen und Religionen zu entwickeln (Todres, Catlin et al. 2005).

Die Abbildung 7 fasst die Lernziele der Schulungen zusammen.

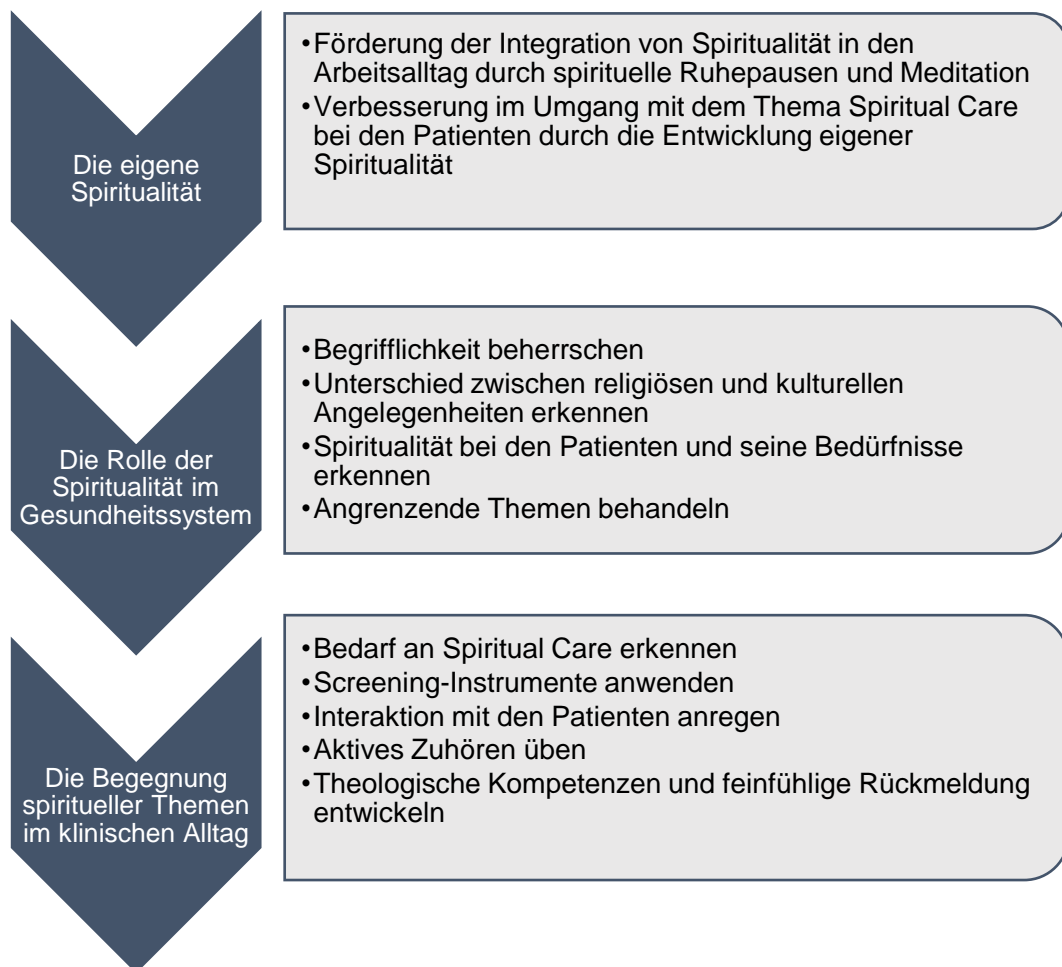


Abbildung 7: Lernziele der Schulungen

4.3.2 Lehrmethoden

Vorlesungen und Präsentationen werden häufig in der Medizin angewandt, dies trifft auch für Schulungen in Spiritual Care zu. Jedoch wurden auch andere Lehrmethoden in den Artikeln erwähnt, die in den folgenden Abschnitten aufgelistet werden. Im Anschluss sind die Lehrmethoden in der Tabelle 7 zusammengefasst, kategorisiert und nach Häufigkeit sortiert.

Den Teilnehmern wurden verschiedene Methoden angeboten, wie zum Beispiel Dialoge (Sierpina und Boisaubin 2001, Robinson 2007, Wallace, Campbell et al. 2008). Diskussionen wurden als Paneldiskussionen, Gespräche in kleinen Gruppen, Brainstorming, Reflexionen, Begutachtungen oder Feedback-Runden geführt (Sierpina und Boisaubin 2001, King, Blue et al. 2004, Barnett und Fortin 2006, Thompson und MacNeil 2006, Baldacchino 2008, Wallace, Campbell et al. 2008, Wasner, Roser et al. 2008, Bell, Harbinson et al. 2010, Burkhardt und Schmidt 2012, Nicol 2012).

Die meist benutzten Formen des problemorientierten Lernens sind Fallstudien (Shih, Gau et al. 2001, Thompson und MacNeil 2006, Grabovac, Clark et al. 2008, Wallace, Campbell et al. 2008, Baldacchino 2011, Costello, Atinaja-Faller et al. 2012). Spezielle Fallszenarien und Analysen von aufgezeichneten Gesprächen zwischen Schulungsteilnehmern und Patienten wurden häufig benutzt (Sierpina und Boisaubin 2001, Musick, Cheever et al. 2003, King, Blue et al. 2004, Todres, Catlin et al. 2005, Price und McNeilly 2006, Morita, Murata et al. 2007, Smith und Gordon 2009, Bentur und Resnizky 2010, Rodriguez, A. Johnson et al. 2011).

Es wurden interaktive Unterrichtseinheiten angeboten, auch Vorträge von Gastreferenten, die ihre Arbeit vorstellten und anschließend eine lebhafte Diskussion anregten (Hall, Weaver et al. 2006, Lemmer 2010, Lind, Sendelbach et al. 2011). Manche Schulungen behandelten populäre Literatur, Autobiografien oder Volksgeschichten, andere benutzten Lektüre, thematische Peer-Reviews oder Literaturrecherchen (Sierpina und Boisaubin 2001, King, Blue et al. 2004, Robinson 2007, van Leeuwen, Tiesinga et al. 2009, Bushfield 2010).

Schreibaufgaben sind ebenfalls in den Schulungen vertreten. Aufsätze, Dokumentation der Selbstbeobachtung sowie Tagebücher über Spiritualität und Lernfortschritt fanden Verwendung (Todres, Catlin et al. 2005, Hall, Weaver et al. 2006, Thompson und MacNeil 2006, Bell, Harbinson et al. 2010, Yong, Kim et al. 2011). Elektronische Medien und Multimedia-Methoden, wie zum Beispiel das E-Learning, wurden eher selten angewandt (Price und McNeilly 2006, Morita, Murata et al. 2007, Taylor, Mamier et al. 2009, Lind, Sendelbach et al. 2011, Ellman, Schulman-Green et al. 2012, Elhardt, Riedner et al. 2013).

Zur Förderung der interaktiven Mitarbeit der Teilnehmer kamen verschiedene Methoden zum Einsatz. Durch Rollenspiele können die persönlichen Erlebnisse gefördert werden (Morita, Murata et al. 2007, Wasner, Roser et al. 2008, Attar, Hernandez et al. 2010, Costello, Atinaja-Faller et al. 2012). In Ergänzung dazu wurden Simulationen mit Videoaufnahmen-Analysen und Feedback verwendet (Wilson 2004, Kraus 2008, Bell, Harbinson et al. 2010, Rodriguez, A. Johnson et al. 2011, Ellman, Schulman-Green et al. 2012). Als nonverbale Methoden sind Malen und Zeichnen von *Personal-Life-Maps* vertreten (Robinson 2007, Bushfield 2010).

Einige Artikel weisen darauf hin, dass die klinische Erfahrung und der Patientenkontakt wesentliche Teile der Schulungen hervorheben (Lucas 2001, Lucas 2001, Shih, Gau et al. 2001, Musick, Cheever et al. 2003, Morita, Murata et al. 2007, Attar, Hernandez et al. 2010, Bentur und Resnizky 2010). Die klinische Erfahrung wurde in manchen Fällen mit individuellen Programmen und Mentoring kombiniert (Lucas 2001, Todres, Catlin et al. 2005, Bentur und Resnizky 2010). Seltener vertreten sind Exkursionen zu Gesundheitseinrichtungen, Kunstwerkstätten oder Gebetsstätten (Shih, Gau et al. 2001, Robinson 2007). Weitere Lehrmethoden sind spirituelle Ruhepausen, Selbstsorge, Selbstbesinnung, Übungen zur Eigenwahrnehmung und Meditationen (Groer, O'Connor et al. 1996, Wasner, Longaker et al. 2005, Price und McNeilly 2006, Bay, Ivy et al. 2010, Baldacchino 2011, Burkhart und Schmidt 2012, Ya-Chu, Hui-Ying et al. 2012).

Tabelle 7: Übersicht der Schulungsmethoden

| Gruppe | Methode | Häufigkeit (in den Artikeln) |
|---|--|--|
| Verbale Unterrichtsmethoden | Gespräche in kleinen Gruppen | 6 |
| | Dialoge | 3 |
| | Paneldiskussionen | 2 |
| | Begutachtungen | 1 |
| | Brainstorming bzw. Denkrunden | 1 |
| | Feedback-Runden | 1 |
| | Reflexionen | 1 |
| Problemorientiertes Lernen | Fallstudien | 6 |
| | Die Analyse aufgezeichneter Gespräche | 3 |
| | Spezielle Fallszenarien | 3 |
| Literatur | Lektüre | 2 |
| | Autobiografien | 1 |
| | Literaturrecherchen | 1 |
| | Populäre Literatur | 1 |
| | Thematische Peer-Reviews | 1 |
| | Volksgeschichten | 1 |
| Schreibaufgaben | Dokumentationen der Selbstbeobachtung | 3 |
| | Fortschritt-Tagebücher | 2 |
| | Aufsätze | 1 |
| | Spiritualität-Tagebücher | 1 |
| Elektronische Medien | E-Learning | 6 |
| Interaktive Unterrichtseinheiten | Simulationen mit Videoanalyse und Feedback | 5 |
| | Rollenspiele | 4 |
| Klinisch orientierte Lerneinheiten | Patientenkontakt | 7 |
| | Exkursionen | 3 |
| | Mentoring | 3 |
| Nonverbale Methoden | Malen | 1 |
| | Zeichnen von <i>Personal-Life-Maps</i> | 1 |
| Andere Methoden | Selbstsorge und Selbstbesinnung | 4 |
| | Meditationen | 2 |
| | Spirituelle Ruhepausen | 2 |

4.3.3 Schulungsergebnisse

Folgende Kenntnisse über die Schulungen in Spiritual Care basieren unter anderem auf der Beurteilung und Kritik der Teilnehmer, die in diesem Abschnitt erwähnt werden. Die Schulungsergebnisse wurden in der Tabelle 8 aufgelistet und zusammengefasst.

4.3.3.1 Spiritualität im klinischen Alltag

Schulungen in Spiritual Care erhöhen das Bewusstsein für und erweitern die Einsatzmöglichkeiten von Spiritualität in der Medizin. Die Vorteile der spirituellen Dimension in der Medizin wurden in den Schulungen erläutert und besonders hervorgehoben (Emmer und Browne 1984, Lucas 2001, Morita, Murata et al. 2007, Wallace, Campbell et al. 2008, Wasner, Roser et al. 2008, Smith und Gordon 2009, van Leeuwen, Tiesinga et al. 2009, Lemmer 2010). Ein Teilnehmer kommentierte: *“Um eine Person ganz zu heilen, muss man über den physikalischen Körper hinausschauen“* (Bell, Harbinson et al. 2010, S. 1206).

Über Spiritualität zu diskutieren kann dazu beitragen, die eigene Spiritualität und eigenen spirituellen Bedürfnisse besser wahrzunehmen. Ein Teilnehmer kommentierte *“Es hat mir geholfen, mit meiner eigenen Spiritualität komfortabler umzugehen und sie einfacher in meinen Klinikalltag zu integrieren.“* (Lemmer 2010, S. 148). Insbesondere ist es von Vorteil, die persönliche Wertschätzung und die spirituellen Bedürfnisse zu enthüllen (Shih, Gau et al. 2001). Wichtig erscheint, Selbstbewusstsein und Respekt für den Aspekt von Spiritual Care zu entwickeln und spirituelle Notlagen zu erkennen (Sierpina und Boisaubin 2001, Todres, Catlin et al. 2005, Kraus 2008, van Leeuwen, Tiesinga et al. 2009, Bay, Ivy et al. 2010).

Die steigende Zahl von Seelsorgebesuchen verdeutlichte sich im klinischen Alltag (Lind, Sendelbach et al. 2011). Es wurde in der klinischen Routine mehr von seelischen Nöten und spirituellen Bedürfnissen berichtet, die routinemäßig dokumentiert wurden (Lucas 2001, Vlasblom, van der Steen et al. 2011). Fehlende Dokumentation konnte dadurch drastisch reduziert werden (Vlasblom, van der Steen et al. 2011). Instrumente für das spirituelle Screening wurden von allen Teammitgliedern öfters verwendet und Seelsorgeraufgaben wurden

häufiger durch die Pflegekräfte übernommen (Lucas 2001, Hall, Weaver et al. 2006, Piotrowski 2013).

4.3.3.2 Einfluss der kulturellen und religiösen Diversität

Die verschiedenen kulturellen Hintergründe sowie die Begegnung unterschiedlicher Religionen tragen zum Verstehen und zu einer höheren Sensibilität für die Glaubensvielfalt der Patienten bei (Shih, Gau et al. 1999, Sierpina und Boisaubin 2001, Bell, Harbinson et al. 2010). Ein Teilnehmer kommentierte: *„Ich konnte die individuelle Spiritualität der einzelnen Menschen besser einschätzen und erkennen, wie weit dieses Spektrum ist. Auch wenn eine Person nicht religiös ist, sollte ihre Spiritualität gepflegt werden.“* (Lemmer 2010, S. 148). Ein anderer Teilnehmer sagte: *„Ich habe Spiritualität noch nie so betrachtet, es macht aber Sinn. Wir alle haben das Verlangen nach einer Beziehung mit Gott oder etwas Anderem zu sein. Spiritualität ist die Art und Weise, wie dieses Verlangen von den Menschen geäußert wird.“* (Lemmer 2010, S. 148).

4.3.3.3 Vorteile der Kommunikation mit den Patienten

Die Teilnehmer bestätigten, dass „aktives Zuhören“ den Patienten ermöglicht, sich zu öffnen, sowie über ihre Ängste, Probleme und ihren Kummer zu reden und zu diskutieren (Wallace, Campbell et al. 2008, Attar, Hernandez et al. 2010). In diesem Zusammenhang kann eine kurze einfache Frage: *“Wie verkraften Sie das Ganze?”* einen Zugang zur inneren Welt des Patienten verschaffen (Todres, Catlin et al. 2005, S. 2734). Durch Kommunikation kann eine bessere Beziehung zu den Patienten und deren Angehörigen aufgebaut werden sowie eine Identifizierung und gestärktes Selbstbewusstsein des Mitarbeiters am Patientenbett entstehen (Rodriguez, A. Johnson et al. 2011). Die Teilnehmer entwickelten im Laufe der Schulung unterschiedliche Bewältigungsstrategien (Baldacchino 2011) und passten ihre individuelle Strategie dem Thema Spiritualität an: *“Ich spürte, wie mein Ansatz auf subtile Weise anders war. Ich glaube, es hängt damit zusammen, dass ich nicht immer eine Antwort haben muss“* (Smith und Gordon 2009, S. 91).

4.3.3.4 Auswirkungen der Schulungen auf die Kernkompetenzen in Spiritual Care

Laut der Studien profitierten die Teilnehmer generell durch die Schulungen, insbesondere was Haltung, Kenntnisse und ihr Selbstvertrauen angeht (Emmer und Browne 1984, Morita, Murata et al. 2007, Grabovac, Clark et al. 2008, van Leeuwen, Tiesinga et al. 2008, Wasner, Roser et al. 2008, van Leeuwen, Tiesinga et al. 2009, Elhardt, Riedner et al. 2013). Vor allem wurden theoretische Aspekte klarer dargestellt und Kernkompetenzen in Spiritual Care entwickelt (Elhardt, Riedner et al. 2013).

Die Ergebnisse der Schulungen konzentrierten sich auf die Evaluationen und Kommentare der Teilnehmer über ihren subjektiven Fortschritt nach Beendigung der Schulung. Einige Artikel diskutierten jedoch über eine Diskrepanz zwischen den Selbsteinschätzungen und den tatsächlichen Fähigkeiten der Teilnehmer (van Leeuwen, Tiesinga et al. 2009, Puchalski, Cobb et al. 2012, Mayr, Elhardt et al. 2016). Besonders in zwei Artikeln konnte diese Diskrepanz durch eine standardisierte Leistungsbeurteilung verdeutlicht werden (van Leeuwen, Tiesinga et al. 2008, Attar, Hernandez et al. 2010).

In drei Schulungen wurde zudem zwischen einer Kontroll- und Zielgruppe verglichen. Eine Zielgruppe zeigte in einigen Bereichen nur einen leichten Vorsprung gegenüber der Kontrollgruppe (Attar, Hernandez et al. 2010, Yong, Kim et al. 2011, Ya-Chu, Hui-Ying et al. 2012). Wiederum war in einigen Artikeln zu lesen, dass die Teilnehmer überwiegend direkte und deutlich spirituelle Inhalte mit religiösen Stichwörtern erkannten (van Leeuwen, Tiesinga et al. 2009). Zudem zeigten die Teilnehmer im praktischen Teil eine schlechte Leistung bei der Erhebung der spirituellen Anamnese (Musick, Cheever et al. 2003). Zu den Kommentaren der Teilnehmer bezüglich ihrer Fähigkeiten zitierte ein Artikel: *“Nachdem ich mich auf der Videoaufnahme sah, wusste ich, dass ich weiter üben soll“* (Kraus 2008, S. 334).

4.3.3.5 Integration von Spiritualität in die Patientenversorgung

Weitere Ergebnisse zeigten die Vorteile der Integration von Spiritualität und Spiritual Care in verschiedene Versorgungs- und Beurteilungsmodelle. In diesem Sinne können spirituelle Aspekte in die medizinische Anamnese und bei der Vermittlung schlechter Nachrichten integriert werden (King, Blue et al. 2004,

Attar, Hernandez et al. 2010). Ein Teilnehmer kommentierte: „*Sie haben den Bereich der Spiritualität und des spirituellen Screenings für mich entmystifiziert, ich wage mich jetzt daran, sie auszuprobieren*“ (Piotrowski 2013, S. 189).

4.3.3.6 Persönliche Vorteile der Teilnehmer und Patienten

Die Studien zeigten, dass Schulungen in Spiritual Care einen (kurzen) positiven Effekt auf die spirituelle Lage der Teilnehmer hatten (Ya-Chu, Hui-Ying et al. 2012). Zudem tragen die Schulungen besonders dazu bei, die Arbeitsatmosphäre zu verbessern (Wasner, Longaker et al. 2005). Arbeitsstress und das Potenzial für die Entwicklung eines Burnout-Syndroms wurden ebenfalls durch die Schulungen minimiert (Wasner, Longaker et al. 2005). Einige Teilnehmer äußerten sich über ein besseres spirituelles Wohlbefinden und eine bessere spirituelle Integrität als in den Kontrollgruppen (Yong, Kim et al. 2011). Die Patienten konnten ihre spirituellen Bedürfnisse einfacher äußern, nachdem sie bereits darauf angesprochen wurden (Lucas 2001). Außerdem wurde das Bedürfnis der Patienten nach Krankensalbung öfter wahrgenommen und respektiert (Vlasblom, van der Steen et al. 2011).

Tabelle 8: Zusammenfassung der Schulungsergebnisse

| Bereich | Kernaussagen |
|--|--|
| <i>Spiritualität im klinischen Alltag</i> | Verstärkung des Bewusstseins für Spiritualität und Erweiterung der Einsatzmöglichkeiten von Spiritual Care |
| | Besserer Umgang mit der eigenen Spiritualität |
| | Übernahme von Seelsorgeraufgaben durch andere Teammitglieder |
| | Zunehmende Anzahl an Seelsorgebesuchen |
| | Häufigere Anwendung von Instrumenten des spirituellen Screenings |
| | Dokumentation über seelische Nöte und spirituelle Bedürfnisse |

| Bereich | Kernaussagen |
|---|---|
| Kulturelle und religiöse Diversität | Entwicklung von Toleranz und Verstand für die verschiedenen Religionen |
| | Die Bedeutung der verschiedenen Rituale der Patienten |
| | Nicht religiöse Menschen können auch spirituell sein |
| Kommunikation mit den Patienten | Zuhören ist ein wichtiger Aspekt |
| | Die Kommunikation schafft eine bessere Versorger-Patient-Beziehung |
| | Die Teilnehmer haben durch die Schulungen Bewältigungsstrategien zum Thema Spiritual Care entwickelt |
| Kernkompetenzen in Spiritual Care | Verbesserung von Haltung, Kenntnissen und Selbstvertrauen |
| | Die theoretischen Aspekte wurden klarer |
| | Keine ausreichende Leistung bei der Erfassung der spirituellen Anamnese |
| Integration von Spiritualität in die Patientenversorgung | Erfolgreiche Integration in verschiedene Versorgungs- und Beurteilungsmodelle |
| | Möglichkeit der Integration in die medizinische Anamnese und bei der Vermittlung schlechter Nachrichten |
| Persönliche Vorteile für die Teilnehmer und Patienten | Positive Effekte auf die spirituelle Lage der Teilnehmer |
| | Minderung von Arbeitsstress und der Wahrscheinlichkeit ein Burnout-Syndrom zu entwickeln |
| | Verbesserte Arbeitsatmosphäre und spirituelles Befinden der Teilnehmer |
| | Die Patienten konnten einfacher Unterhaltungen mit dem Personal anfangen |

4.3.4 Nutzen und Barrieren

Die Mehrheit der Studien berichtete, dass Schulungen in Spiritual Care als positiv und augenöffnend empfunden wurden. Die Teilnehmer genossen den holistischen Charakter der Schulungen (Robinson 2007) und behaupteten, dass die Schulungsinhalte Sachverhalte behandelten, an denen der Rest des medizinischen Curriculums scheiterte (Bell, Harbinson et al. 2010). Die Teilnehmer mochten den menschlichen Aspekt der Schulungen. Das Lernen in multiprofessionellen Teams wurde im Allgemeinen als sehr nützlich betrachtet (Baldacchino 2011, Ya-Chu, Hui-Ying et al. 2012). Sie hielten die Interaktion mit anderen Berufsgruppen für besonders wichtig, weil sie die Hierarchie im Berufsalltag minderte (Hall, Weaver et al. 2006).

Zusätzlich schätzten die Teilnehmer die Vielfalt an verschiedenen Perspektiven und Blickwinkeln. Zudem zeigten sie eine höhere Bereitschaft, über die Berufsgrenzen hinweg, die Spiritualität zu erkunden (Hall, Weaver et al. 2006). In manchen Schulungen gaben die Teilnehmer an, mehr über die Rolle der klinischen Seelsorge und ihre Aufgaben erfahren zu haben (Lucas 2001, Barnett und Fortin 2006, Lind, Sendelbach et al. 2011). Mehrere Teilnehmer wünschten sich weitere Fortbildungen und regelmäßige Treffen (Shih, Gau et al. 2001, Wasner, Longaker et al. 2005). Die engmaschige Betreuung der Teilnehmer durch Schulungsleiter hat sich besonders bei den praktischen Aufgaben als wichtig erwiesen (Bentur und Resnizky 2010).

Die Teilnehmer wiesen jedoch auch auf einen Mangel an Wortschatz bei Fragen hin, die traditionell als „seelsorgerisch“ gelten (Barnett und Fortin 2006). Negative und zögerliche Resonanz basierte vor allem aus der Erfahrung der Praxis. Kritisiert wurde, dass das klinische Umfeld die spirituellen Dimension in der Beurteilung und Behandlung spiritueller Themen nicht unterstützt und Spiritual Care zugunsten der körperlichen Pflege vernachlässigt wurde (Grabovac, Clark et al. 2008, Bushfield 2010). Die Teilnehmer spürten auch eine gewisse Feindseligkeit gegenüber der Beurteilung von Spiritualität während des Praktikums im klinischen Rahmen, was die Integration der persönlichen Einstellung zur Spiritualität in den klinischen Alltag beeinträchtigte (Bentur und Resnizky 2010).

5 Diskussion

In der Diskussion wird zunächst die Literaturrecherche beleuchtet. Des Weiteren werden die Studieneigenschaften wie Zielgruppe, Gruppengröße und Ursprung der Artikel diskutiert. Mit Blick auf die narrative Synthese stehen im Mittelpunkt der Diskussion die Schulungsziele, Lehrmethoden und Evaluation der Schulungen in Spiritual Care.

5.1 Literaturrecherche

Die Recherche umfasste 62 Artikel, davon wurden 46 Artikel für die narrative Synthese gewählt und 16 Artikel schieden aus den folgenden Gründen aus:

1. Eine Evaluation der Schulung in Spiritual Care wurde im Artikel nicht erwähnt (Beckman, Boxley-Harges et al. 2007, Baldacchino 2008, Browning 2012).
2. Die Evaluation eines Artikels konnte keiner Personengruppe zugeordnet werden. Es war unklar, ob die Bewertung von Studenten, Schulungsleitern, Patienten oder Beobachtern stammte (Kumar, Jim et al. 2011).
3. Im Fokus der Artikel lag nicht das Thema Spiritual Care, sondern der Artikel bezog sich allgemein auf die Themen „*End of Life Care*“ oder „*Palliative Care*“. In diesen Artikeln wurde Spiritual Care als ein wichtiges Thema in der Palliativmedizin behandelt, jedoch wurde Spiritual Care nur als Untereinheit in den Schulungen angeboten und nicht evaluiert (Adriaansen, van Achterberg et al. 2005, Feldstein, Grudzen et al. 2008, McGuigan und Gilbert 2009). Spiritual Care wurde nur als ein Bestandteil von Palliative Care bzw. End-of-Life-Care erwähnt, aber nicht als Lerneinheit in den Schulungen angeboten (Kathe, Ersek et al. 2008, DiBartolo und Seldomridge 2009, Johnston 2013) oder überhaupt nicht erwähnt (Cadell, Bosma et al. 2007).
4. In den Artikeln wurde überhaupt keine Schulung beschrieben oder evaluiert. Lediglich wurde in einigen Artikeln eine Befragung über Spiritual Care durchgeführt oder Empfehlungen zur Entwicklung von Schulungen präsentiert (Wessel und Garon 2005, Hodge und Bushfield 2006, Kemper, Bulla et al. 2011, Price 2013).
5. Bei einem Artikel handelte es sich nicht um eine Originalarbeit und erfüllte damit nicht die Einschlusskriterien (Chibnall, Cook et al. 2005).

5.2 Studieneigenschaften

5.2.1 Zielgruppen

Den Pflegeberufen wurden die meisten Schulungen in Spiritual Care angeboten. Jedoch ist aus den Ergebnissen zu erkennen, dass auch Schulungen für Studenten oder Auszubildende im Gesundheitswesen sowie für Seelsorger mit Erfolg entwickelt, diskutiert und evaluiert wurden. Die meisten Schulungen wurden für eine bestimmte Berufsgruppe gezielt entwickelt und angeboten. Dies ist essenziell, um relevantes Wissen und fachbezogene Fähigkeiten zu vermitteln (Govier 2000, Lucas 2001, Pesut 2002, Wilson 2004, Lucchetti, Lucchetti et al. 2012).

Eine steigende Tendenz für multiprofessionelle und interdisziplinäre Schulungen, an denen verschiedene Berufsgruppen teilnehmen, ist erkennbar. Diese Form hat andere Ziele als Schulungen für eine bestimmte Berufsgruppe. Der Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen den Berufsgruppen spielt eine sehr wichtige Rolle bei der Vermittlung der Schulungsinhalte und fördert die interdisziplinäre Zusammenarbeit (Elhardt, Riedner et al. 2013).

5.2.2 Gruppengröße

Die Gruppengröße der Schulungen variierte zwischen einzelnen und mehreren hundert Teilnehmern pro Schulung. Das liegt erstens an den verschiedenen Lehrmethoden und zweitens an den unterschiedlichen Zielen der einzelnen Schulungen. Das Spektrum reichte von einer Einführung in das Thema Spiritual Care bis hin zu fortgeschrittenen Schulungen. Bei Letzterem besteht bereits unter den Teilnehmern ein Basiswissen über Spiritual Care und zielt auf eine Vertiefung der Lehrinhalte hin.

Eine bedenkenswerte Beobachtung ist, dass nur wenige Schulungen für kleine Gruppen unter zehn Teilnehmern konzipiert und angeboten wurden. Dies könnte auf eine Lücke in der Integration von Spiritual Care in das medizinische Curriculum und in die medizinische Weiterbildung hindeuten. Eine geringe Teilnehmeranzahl gewährleistet eine interaktive und persönliche Zusammenarbeit. Kleinere Gruppen bieten den Teilnehmern die Möglichkeit, dem Schulungsleiter direkt Fragen zu stellen und über bestimmte Themen zu diskutieren.

Mit Blick auf den großen Schulungsbedarf wurden vermehrt größere Gruppen bevorzugt. Das bereits vermittelte theoretische Wissen durch Unterricht für große Gruppen ermöglicht dann die Vermittlung von fachspezifischen Themen in kleineren Lerngruppen.

5.2.3 Ursprung der Artikel

Der Ursprung der Artikel unterliegt mehreren Einflussfaktoren. Manche sind technisch bedingt durch die Auswahl der Datenbanken und die Einschränkung der Suchkriterien auf Artikel englischer und deutscher Sprache. Zum anderen entwickelte sich das Thema Spiritual Care erst in den letzten zwei Jahrzehnten, was sich in den angebotenen Schulungen widerspiegelt, die aus den letzten 14 Jahren stammen. Trotzdem sind in der systematischen Übersichtsarbeit Artikel aus verschiedenen Regionen sowie aus unterschiedlichem kulturellem und religiösem Kontext vertreten. Für weitere Forschungszwecke ist es von Bedeutung, auch Schulungen aus Lateinamerika, Afrika und aus der arabischen islamischen Welt zu erfassen.

5.3 Narrative Synthese

5.3.1 Schulungsziele

Eine klare und genaue Definition der Schulungsziele ist essenziell, um die Kernkompetenzen von Spiritual Care erfolgreich zu vermitteln. Die allgemeine Einteilung der Schulungsziele aller erfassten Artikel gliedert sich in drei Stufen. Dieses Schema berücksichtigt zunächst die Wahrnehmung der eigenen Spiritualität und behandelt dann die theoretischen Grundkenntnisse von Spiritual Care. Zum Schluss bereitet das Schema die Teilnehmer auf spirituelle Begegnungen im klinischen Alltag vor.

Eine wichtige Herangehensweise ist die Entdeckung und Entwicklung eigener Spiritualität und spiritueller Bedürfnisse, um die Rolle von Spiritual Care in der Medizin zu erkennen. Die Schulungen in Spiritual Care sind fachübergreifend und mit vielen benachbarten Themen eng verbunden. Dazu gehören ethische Entscheidungsfindung, Komplementär- und Alternativmedizin, die Entwicklung kultureller Kompetenz, End-of-Life, Palliativmedizin, Trauer und Vorgaben zum Zusammenstellen eines Palliativteams (Emmer und Browne 1984, Wasner, Longaker et al. 2005, Hall, Weaver et al. 2006, Price und McNeilly 2006,

Robinson 2007, Kraus 2008, Ellman, Schulman-Green et al. 2012). Vorab definierte Schulungsziele können einen verbesserten Überblick über den Schulungsrahmen und die behandelnden Themen verschaffen. Gleichzeitig hilft eine strukturierte Übersicht der Schulungsziele dabei, die Vorteile für die Teilnehmer im klinischen Alltag zu verdeutlichen. Abhängig vom Schulungsinhalt, von Zeit- und Raumvorgaben und der Gruppengröße können sie individuell gestaltet und erzielt werden.

5.3.2 Lehrmethoden

Verschiedene Unterrichts- und Lehrmethoden wurden in den Schulungen angewandt. Über Präferenzen zur Auswahl der Methoden und deren Effektivität kann keine klare Aussage gemacht werden. Die Auswahl der richtigen Methode hängt von den Voraussetzungen der Schulung ab, wie zum Beispiel von der Zielgruppe, Gruppengröße, Schulungsdauer, dem zu vermittelnden Wissen und ganz entscheidend den Lernzielen.

Um an den eigenen spirituellen Bedürfnissen zu arbeiten, brauchen die Schulungsteilnehmer zunächst eine sichere und ruhige Lernatmosphäre. Dabei können weniger konventionelle Methoden, wie spirituelle Ruhepausen und Meditationssitzungen, eingesetzt werden. Hilfreich für den Lernfortschritt können auch Tagebücher oder Notizen über den Lernprozess sein. Genauso vermitteln Filme und Fachartikel theoretisches Wissen über Spiritual Care und bieten eine gute Diskussionsgrundlage. Die Integration von Fallstudien verdeutlicht Inhalt und Herausforderungen rund um die spirituelle Versorgung von Patienten.

Ähnlich wie bei anderen Fachgebieten, so auch bei Schulungen in Spiritual Care, spielen die konventionellen Methoden nach wie vor eine große Rolle, um theoretisches Wissen zu vermitteln und die fachspezifischen praktischen Fähigkeiten zu fördern. Üblich sind Frontalunterricht, Rollenspiele, Simulationen und *Bed-Side-Teaching*. Mehrere Artikel weisen auf die Bedeutung von Feedback, Follow-ups, Betreuung sowie Mentoring als integraler Bestandteil des Ausbildungsprogramms hin. Das Mentoring ist wichtig, um den Auszubildenden einen direkten Ansprechpartner im klinischen Alltag anzubieten. Die Unterstützung durch den Mentor begünstigt zudem Langzeiterneffekte (Todres, Catlin et al. 2005, Price und McNeilly 2006).

Eine moderne und leicht zugängliche Lehrmethode kam in den Schulungen nur allzu wenig zum Einsatz. Das E-Learning bietet die Möglichkeit, mobil die Schulungsinhalte zu vermitteln. Parallel dazu ermöglicht es eine Langzeitbetreuung und Vertiefung der Lerninhalte. Ein gut gestaltetes Onlineforum ist in der Lage den Teilnehmern eine Plattform zu bieten, um ihre Erfahrungen, Kenntnisse und Kommentare untereinander und sogar mit dem Schulungsleiter zu teilen. Die Schulungsevaluation lässt sich über das Internet einfacher und zugänglicher machen. Nachteilig ist die fehlende persönliche Betreuung der Schulungsteilnehmer. Das E-Learning kann zudem nicht die konventionellen Schulungsmethoden ersetzen, sondern ist als eine sinnvolle Erweiterung eines Schulungsangebotes zu sehen (Elhardt, Riedner et al. 2013).

Klar definierte und gut strukturierte Lerneinheiten in Spiritual Care sind die Grundbausteine der Ausbildung. Ausschlaggebend ist die Persönlichkeit des Schulungsleiters, die bei einer effizienten Gestaltung und Moderation einen großen Anteil hat (Nicol 2012). Deshalb ist eine solide Ausbildung des Schulungsleiters für Spiritual Care eine Voraussetzung für die Verbesserung der Schulungsergebnisse. In dieser systematischen Übersichtsarbeit hat sich nur eine Schulung mit diesem Thema beschäftigt.

5.3.3 Schulungsevaluationen und die Leistungsbeurteilung

Eine adäquate, gut definierte und standardisierte Leistungsbeurteilung ist in den Schulungen nicht zu erkennen. Eine klare Aussage über die Ziele einer Schulung und den zu erwartenden Wissensstand ist essenziell, um die richtige Methode zur Leistungsbeurteilung zu bestimmen. Wenn die Teilnehmer ihr Verständnis von spirituellen Angelegenheiten oder ihr theoretisches Wissen verbal zum Ausdruck bringen sollen, ist eine Schreibaufgabe mittels Aufsatz angemessen. Wenn eine Verbesserung in den klinischen Fähigkeiten erzielt werden soll, muss die Leistungsbeurteilung praktische Aufgaben als auch die Möglichkeit zur Selbstbeurteilung und Feedback beinhalten. Jedoch weniger als die Hälfte der Artikel haben über verschiedene Formen der Leistungsbeurteilung berichtet. Meistens waren die Beurteilungsmethoden und deren Ergebnisse nicht ausreichend beschrieben.

Die Evaluationen der Schulungen konzentrierten sich auf die Bewertungen und Einschätzungen der Teilnehmer über ihr erlerntes Wissen. Diese sind wichtig,

um Feedback über die Struktur der Schulung im Allgemeinen zu bekommen und sind für die Weiterentwicklung der Schulungen von großer Bedeutung. Im Allgemeinen wurde eine positive Bewertung durch die Teilnehmer auch bezüglich ihrer praktischen Fähigkeiten nach der Schulung abgegeben. Jedoch haben nur wenige Schulungen anhand standardisierter Leistungsbeurteilung die tatsächlichen Fähigkeiten und Fortschritte der Teilnehmer erfasst. Ohne standardisierte Leistungsbeurteilung kann nicht festgestellt werden, ob die selbsteingeschätzten Fähigkeiten mit der tatsächlichen Leistung übereinstimmen (van Leeuwen, Tiesinga et al. 2008, van Leeuwen, Tiesinga et al. 2009, Attar, Hernandez et al. 2010, Puchalski, Cobb et al. 2012, Mayr, Elhardt et al. 2016).

Um den Erfolg der Schulungen auf spiritueller Ebene zu erfassen, kann die Spiritualität der Teilnehmer und deren spirituelles Wohlbefinden vor und nach der Schulung gemessen werden. Hier kommen standardisierte Messverfahren, wie zum Beispiel „*FACIT-Sp*“ oder „*the Spiritual Well-Being Scale*“, zum Einsatz (Monod, Brennan et al. 2011). Diese wurden jedoch für Patienten entwickelt und sind deshalb nicht besonders geeignet, um die Spiritualität bei einem gesunden Probanden zu messen. Somit ist die Anpassung dieser Messverfahren an die Schulungsinhalte erforderlich (Arndt 2012).

5.3.4 Anwendung im klinischen Alltag

Nur wenige Artikel berichten, dass die erlernten Fähigkeiten Eingang in den klinischen Alltag und die Patientenversorgung fanden. Dementsprechend sind die Evaluationen der Schulungen und erlernten Fähigkeiten im klinischen Alltag sowie das Feedback von Patienten gering. Die Schulungsergebnisse zeigten, dass die Patienten mehr Offenheit und Unterstützung für spirituelle Angelegenheiten erlebten. Hierbei stieg die Anzahl der Patientenüberweisung an die Krankenhausseelsorge durch die Pflegekräfte signifikant an (Vlasblom, van der Steen et al. 2011). Derartige Erkenntnisse haben einen erheblichen Einfluss auf die Entwicklung von Schulungen. Sie ermöglichen die Sichtweise der Patienten zu begreifen und minimieren so den Unterschied zwischen Theorie und Praxis. Orientiert am Feedback der Patienten können gezielt praxisorientierte Schulungen entwickelt und durchgeführt werden.

5.4 Schlussfolgerung

Spiritual Care und die spirituelle Betreuung schwerkranker Patienten beschränken sich nicht auf eine bestimmte Berufsgruppe, denn jede hat eine bestimmte Basiskompetenz und Verpflichtungen den Patienten gegenüber. Die angebotenen Schulungen, die aus den letzten zwanzig Jahren stammen, haben ein weites Spektrum an Zielgruppen und Methoden abgedeckt. Zunächst dominierten die Schulungsangebote für die Pflegeberufe. Dennoch ist in den letzten Jahren ein Anstieg der Schulungen für Studenten, Ärzte und multiprofessionelle Teams zu beobachten. Das Thema Spiritual Care nimmt an Bedeutung zu und manche deutsche Universitäten streben danach, Palliativmedizin und Spiritual Care als festen Bestandteil des medizinischen Curriculums zu integrieren (Wasner, Roser et al. 2008). Um an der zweiten Ärztlichen Prüfung teilzunehmen, ist seit 2014 der Leistungsnachweis für das Fach Schmerz- und Palliativmedizin verpflichtend (Reiser 2010).

Das theoretische Wissen alleine ist für die Vorbereitung der Teilnehmer auf spirituelle Begegnungen nicht ausreichend. Der Umgang mit der eigenen Spiritualität ist wichtig, um Spiritual Care in Schulungen weitervermitteln zu können und im klinischen Alltag anzuwenden. Eine adäquate Kommunikation mit den Patienten auf einer spirituellen Ebene kann erst dann erfolgen, wenn der Kommunikationspartner seine eigene Spiritualität wahrgenommen hat. Um den Einfluss der Schulungen auf das spirituelle Wohlbefinden und die Spiritualität der Teilnehmer zu erfassen, sind aktuell keine Messverfahren vorhanden, um Spiritualität bei einem gesunden Probanden zu messen (Monod, Brennan et al. 2011).

Die meisten Schulungsteilnehmer haben ihren Fortschritt nach der Schulung positiv bewertet. Einige Artikel haben jedoch über eine Diskrepanz zwischen den eingeschätzten und tatsächlichen Fähigkeiten diskutiert und haben dies anhand einer Leistungsbeurteilung untersucht. Eine Evaluation der Schulungen im klinischen Alltag, vor allem auch durch die Patienten, ist ein wichtiger Aspekt, um den Fortschritt der Teilnehmer und ihre klinischen Fähigkeiten beurteilen zu können. Das Feedback der Patienten ist ebenso für die Weiterentwicklung der Schulungen in Spiritual Care sehr wichtig (Vlasblom, van der Steen et al. 2011).

Spiritual Care ist eng mit der Palliativmedizin verbunden. Palliativmedizin ist wiederum ein wichtiger Bestandteil vieler medizinischer Fachrichtungen und deshalb erscheint es angebracht, die Fähigkeiten der Mitarbeiter in den Gesundheitsberufen in Spiritual Care auszubauen. Die Entwicklung einer gewissen Basiskompetenz bei der Erfassung von spirituellen Angelegenheiten sowie der Kommunikation mit den Patienten sollte vermittelt werden. Spiritual Care kann erfolgreich in verschiedene Versorgungs- und Beurteilungsmodelle der verschiedenen medizinischen Fachrichtungen integriert werden (Reblin, Otis-Green et al. 2014). Das Thema Spiritual Care ist vielen Mitarbeitern in den Gesundheitsberufen nicht bekannt oder wird oft mit Religion oder klinischer Seelsorge verknüpft. Die systematische Übersichtsarbeit konnte zeigen, dass sich Spiritual Care in den letzten Jahren weiterentwickelte. Spiritualität ist nicht nur religiösen Menschen oder schwerkranken Patienten vorbehalten. Jeder Mensch kann auf irgendeine Art und Weise spirituell kommunizieren und eigene spirituelle Dimension entwickeln. Von Vorteil ist, sich diese Eigenschaft des Menschen zu Nutze zu machen, um Krankheitsverläufe positiv zu beeinflussen und die Lebensqualität des Patienten zu verbessern (Bussing, Baumann et al. 2014).

6 Zusammenfassung

Hintergrund: Frühere Studien wiesen auf ungenügende spirituelle Kompetenzen der Mitarbeiter in den Gesundheitsberufen hin. Die systematische Übersichtsarbeit präsentiert die vorhandenen Schulungen in Spiritual Care und diskutiert Ziele, Methoden, Ergebnisse und Evaluationen.

Methoden: Eine Literaturrecherche hat 46 von 4912 bei der Primärsuche gefundene Artikel identifiziert. Ein Zwei-Schritt-Daten-Gewinnungsverfahren wurde angewendet, um die Daten für die endgültige Diskussion zu synthetisieren. Zunächst wurden die verfügbaren Daten systematisch identifiziert und dokumentiert, dann wurden die Themen, die aus den Daten entstanden sind, mit einer thematischen Inhaltsanalyse erfasst und deduktiv kategorisiert. Die narrative Synthese wurde verwendet, um systematisch und kritisch die endgültigen Ergebnisse zu beurteilen.

Ergebnisse: Schulungen in Spiritual Care wurden multiprofessionellen Teams (30% n=6), Pflegekräften (44% n=20), Mitarbeitern der klinischen Seelsorge (11% n=6), Medizinstudenten (5% n=5) und anderen Berufsgruppen (6% n=3) angeboten. 26 (57%) Studien stammten aus Nordamerika, 14 (30%) aus Europa, 5 (11%) aus Asien und eine (2%) aus dem Nahen Osten. Evaluiert wurden die Schulungen mithilfe von Fragebögen (58% n=21), validierten Messmethoden (22%) n=8) und mündlichem Feedback (19% n=7). Zu den allgemeinen Zielen der Schulungen in Spiritual Care zählten die Entdeckung und Entwicklung eigener Spiritualität. Des Weiteren lagen die Vermittlung von Kernkompetenzen und die Entwicklung praktischer Fähigkeiten im Fokus der Schulungen. Neben den konventionellen pädagogischen Methoden wie Frontalunterricht und Seminaren wurden unter anderem Meditationen und spirituelle Ruhepausen angewandt. Simulationen und Rollenspiele sollten die Teilnehmer auf spirituelle Begegnungen in der Klinik vorbereiten. Schulungen in Spiritual Care erhöhen das Bewusstsein für und erweitern die Einsatzmöglichkeiten der Spiritualität im klinischen Alltag. Zudem wurde die Kommunikation mit den Patienten durch die Schulungen positiv beeinflusst. Nach den Schulungen wurde mehr über seelische Nöte berichtet und die Anzahl der Seelsorgebesuche nahm zu. Auf individueller Ebene wurde eine Besserung der spirituellen Lage der Teilnehmer beobachtet.

Das erlernte Wissen wurde nur teilweise in der Praxis angewendet. Die Auswertungen von Schulungen im klinischen Alltag zeigen Offenheit und eine bessere Unterstützung der Patienten bei spirituellen Angelegenheiten.

Schlussfolgerungen: Das Einbeziehen und die Integration von Spiritual Care und Spiritualität in der Medizin können einen positiven Effekt auf den Krankheitsverlauf haben. Jede Berufsgruppe verfügt über eine Grundkompetenz, die durch Schulungen gefördert und weiterentwickelt werden kann. Diverse Schulungen wurden in den letzten Jahren den Mitarbeitern in den Gesundheitsberufen angeboten, wobei ihre Ziele weitestgehend einheitlich sind. Über die Förderung der eigenen Spiritualität und das Beherrschen der Kernkompetenzen von Spiritual Care werden die spirituellen Bedürfnisse des Patienten besser wahrgenommen. Die Versorgung von schwerkranken Patienten benötigt eine intensivere interdisziplinäre Zusammenarbeit, was in den Schulungen gefördert wurde. Die meisten Schulungen haben einen Fortschritt bei den Fähigkeiten der Teilnehmer hinsichtlich Spiritual Care festgestellt. Es empfiehlt sich vor einer Schulung klare Ziele zu definieren und standardisierte Messverfahren zur Leistungsbeurteilung zu entwickeln, um den bestmöglichen Erfolg durch die Schulungen zu erzielen.

7 Anhang

7.1 Literaturverzeichnis

- Abbasi, M., M. Farahani-Nia, N. Mehrdad, A. Givari and H. Haghani (2014). "Nursing students' spiritual well-being, spirituality and spiritual care." Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research **19**(3): 242-247.
- Adriaansen, M. J., T. van Achterberg and G. Borm (2005). "Effects of a postqualification course in palliative care." Journal of Advanced Nursing **49**(1): 96-103.
- Arndt, B. (2012). Measures. Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare. M. Cobb, C. Puchalski and B. Rumbold. Oxford, Oxford University Press: 323-332.
- Attar, M., M. Hernandez, P. Mullan, T. Tang and H. Haftel (2010). "Pediatric residents' competency in communicating bad news and eliciting spiritual needs: Development and evaluation of a skills-based curriculum." Journal of Neonatal-Perinatal Medicine **3**(3): 177-185.
- Balboni, M. J., A. Sullivan, A. Amobi, A. C. Phelps, D. P. Gorman, A. Zollfrank, J. R. Peteet, H. G. Prigerson, T. J. VanderWeele and T. A. Balboni (2013). "Why is spiritual care infrequent at the end of life? spiritual care perceptions among patients, nurses, and physicians and the role of training." Journal of Clinical Oncology **31**(4): 461-467.
- Balboni, M. J., A. Sullivan, A. C. Enzinger, Z. D. Epstein-Peterson, Y. D. Tseng, C. Mitchell, J. Niska, A. Zollfrank, T. J. VanderWeele and T. A. Balboni (2014). "Nurse and physician barriers to spiritual care provision at the end of life." Journal of Pain and Symptom Management **48**(3): 400-410.
- Baldacchino, D. R. (2008). "Teaching on the spiritual dimension in care to undergraduate nursing students: The content and teaching methods." Nurse Education Today **28**(5): 550-562.
- Baldacchino, D. R. (2011). "Teaching on spiritual care: The perceived impact on qualified nurses." Nurse education in practice **11**(1): 47-53.
- Barnett, K. G. and A. H. I. V. Fortin (2006). "Spirituality and Medicine: A Workshop for Medical Students and Residents." Journal of General Internal Medicine **21**(5): 481-485.
- Bay, P. S., S. S. Ivy and C. L. Terry (2010). "The effect of spiritual retreat on nurses' spirituality: a randomized controlled study." Holistic Nursing Practice **24**(3): 125-133.

- Beckman, S., S. Boxley-Harges, C. Bruick-Sorge and B. Salmon (2007). "Five strategies that heighten nurses' swareness of spirituality to smpect client care." Holistic Nursing Practice May/June **21**(3): 135-139.
- Bell, D., M. Harbinson, G. Toman, V. Crawford and H. Cunningham (2010). "Wholeness of healing: an innovative student-selected component introducing united kingdom medical students to the spiritual dimension in healthcare." Southern Medical Journal **103**(12): 1204-1209.
- Bentur, N. and S. Resnizky (2010). "Challenges and achievements in the development of spiritual-care training and implementation in Israel." Palliative Medicine **24**(8): 771-776.
- Brady, M. J., A. H. Peterman, G. Fitchett, M. Mo and D. Cella (1999). "A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology." Psychooncology **8**(5): 417-428.
- Browning, A. (2012). "An undergraduate critical-care seminar: an innovative design for learning in the classroom." Dimensions of Critical Care Nursing May/June **31**(3): 183-186.
- Burkhart, L. and W. Schmidt (2012). "Measuring effectiveness of a spiritual care pedagogy in nursing education." Journal of Professional Nursing **28**(5): 315-321.
- Bushfield, S. (2010). "Use of spiritual life maps in a hospice setting." Journal of Religion, Spirituality & Aging **22**(4): 254-270.
- Bussing, A., K. Baumann, N. C. Hvidt, H. G. Koenig, C. M. Puchalski and J. Swinton (2014). "Spirituality and health." Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine **2014**: 682817.
- Büssing, A. and T. Ostermann (2004). Caritas und ihre neuen Dimensionen-Spiritualität und Krankheit. Caritas plus...Qualität hat einen Namen. e. Patzek. Kevelaer, Butzon&Bercker: 110-133.
- Cadell, S., H. Bosma, M. Johnston, P. Porterfield, L. Cline, J. Da Silva, J. Fraser and P. Boston (2007). "Practising interprofessional teamwork from the first day of class: A model for an interprofessional palliative care course." Journal of Palliative Care **23**(4): 273-279.
- Chalmers, I., L. V. Hedges and H. Cooper (2002). "A brief history of research synthesis." Evaluation & the Health Professions **25**(1): 12-37.
- Chibnall, J. T., M. A. Cook and D. K. Miller (2005). "Religious awareness training for medical students: effect on clinical interpersonal behavior." Southern Medical Journal **98**(12): 1255.

- Collins, J. S., S. Paul and J. West-Frasier (2001). "The utilization of spirituality in occupational therapy: Beliefs, practices, and perceived barriers." Occupational Therapy in Health Care **14**(3-4): 73-92.
- Cook, D. A. and C. P. West (2012). "Conducting systematic reviews in medical education: a stepwise approach." Medical Education **46**(10): 943–952.
- Costello, M., J. Atinaja-Faller and M. Hedberg (2012). "The use of simulation to instruct students on the provision of spiritual care: a pilot study." Journal of Holistic Nursing **30**(4): 277-281.
- DiBartolo, M. C. and L. Seldomridge (2009). "Cinemeducation: Teaching end-of-life issues using feature films." Journal of Gerontological Nursing **35**(8): 30-36.
- DIMDI. (2015, 17.02.15). "MeSH - Medical Subject Headings." Retrieved 12.11.2015, 2015, from http://www.dimdi.de/static/de/klassi/mesh_umls/mesh/.
- Elhardt, E., C. Riedner, P. Paal, T. Roser and E. Frick (2013). "Evaluation einer Fortbildung zur Spirituellen Anamnese SPIR in Klinik und Praxis."
- Ellman, M. S., D. Schulman-Green, L. Blatt, S. Asher, D. Viveiros, J. Clark and M. Bia (2012). "Using online learning and interactive simulation to teach spiritual and cultural aspects of palliative care to interprofessional students." Journal of Palliative Medicine **15**(11): 1240-1247.
- Emmer, R. and P. Browne (1984). "Program helps nurses develop spiritual care skills." Hospital Progress **65**(2): 64-66.
- Feldstein, B. D., M. Grudzen, A. Johnson and S. LeBaron (2008). "Integrating spirituality and culture with end-of-life care in medical education." Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health **31**(4): 71-82.
- Frick, E. (2002). "Glaube ist keine Wunderdroge. Hilft Spiritualität bei der Bewältigung schwerer Krankheit?" Herder Korrespondenz 1/2002: 41-46.
- Frick, E. (2014). "Pausen und Noten : Spiritual Care kann bei Pflegern und Ärztinnen für Entlastung sorgen : Eckhard Frick." Zeitzeichen : evangelische Kommentare zu Religion und Gesellschaft **15**(5): 16-18.

- Gamondi, C., P. Larkin and S. Payne (2013). "Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education –part 1." European Journal of Palliative Care **28**(2): 86-91.
- Govier, I. (2000). "Spiritual care in nursing: a systematic approach." Nursing Standard **14**(17): 32-36.
- Grabovac, A., N. Clark and M. McKenna (2008). "Pilot study and evaluation of postgraduate course on "The interface between spirituality, religion and psychiatry"." Academic Psychiatry **32**(4): 332-337.
- Groer, M. W., B. O'Connor and P. G. Droppleman (1996). "A course in health care spirituality." The Journal of Nursing Education **35**(8): 375-377.
- Gysels, M. and I. J. Higginson (2004) "Improving supportive and palliative care for adults with cancer."
- Hall, P., L. Weaver, F. Fothergill-Bourbonnais, S. Amos, N. Whiting, P. Barnes and F. Legault (2006). "Interprofessional education in palliative care: a pilot project using popular literature." Journal of Interprofessional Care **20**(1): 51-59.
- Hauf, S. (2009). Das halbstrukturierte, klinische Interview "SPIR" zur Erfassung spiritueller Überzeugungen und Bedürfnisse von Patienten mit Krebserkrankung, Ludwig-Maximilians-Universität München.
- Hilpert, K. (2009). Der Begriff Spiritualität. Eine Theologische Perspektive. Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge um den kranken Menschen. E. Frick and T. Roser. Stuttgart: 18.
- Hodge, D. R. and S. Bushfield (2006). "Developing spiritual competence in practice." Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work **15**(3-4): 101-127.
- Johnston, N. E. (2013). "Strengthening a praxis of suffering: teaching-learning practices." Nursing Science Quarterly **26**(3): 230-235.
- Kaiserslautern, T. U. (2015). "Boolescher Operator." Retrieved 12.11.2015, from <https://glossar.ub.uni-kl.de/begriff607>.
- Kalish, N. (2012). "Evidence-based spiritual care: a literature review." Current Opinion in Supportive and Palliative Care **6**(2): 242-246.
- Kathe, K., M. Ersek, R. Virani, P. Malloy and B. Ferrell (2008). "End-of-life nursing education consortium geriatric training program: Improving palliative care in community geriatric care settings." Journal of Gerontological Nursing **34**(5): 28-35.

- Kemper, K., S. Bulla, D. Krueger, M. J. Ott, J. A. McCool and P. Gardiner (2011). "Nurses' experiences, expectations, and preferences for mind-body practices to reduce stress." BMC Complementary and Alternative Medicine **11**(26).
- King, D. E., A. Blue, R. Mallin and C. Thiedke (2004). "Implementation and assessment of a spiritual history taking curriculum in the first year of medical school." Teaching and Learning in Medicine **16**(1): 64-68.
- Körtner, U. (2011). "Für einen mehrdimensionalen Spiritualitätsbegriff: Eine interdisziplinäre Perspektive." Frick E, Roser T (Hg.) Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge um den kranken Menschen. 2.Aufl. Stuttgart: 26-34.
- Kraus, J. K. (2008). "From reel time to real time: patient simulation for chaplain interns." Journal of Pastoral Care & Counseling **62**(4 Wint): 331-336.
- Kristeller, J. L., C. S. Zumbrun and R. F. Schilling (1999). "'I would if I could': How oncologists and oncology nurses address spiritual distress in cancer patients." Psycho-Oncology **8**(5): 451-458.
- Kuczewski, M. G., M. P. McCarthy, A. Michelfelder, E. E. Anderson, K. Wasson and L. Hatchett (2014). "'I will never let that be ok again': student reflections on competent spiritual care for dying patients." Acad Med **89**(1): 54-59.
- Kumar, S. P., A. Jim and V. Sisodia (2011). "Effects of Palliative Care Training Program on Knowledge, Attitudes, Beliefs and Experiences Among Student Physiotherapists: A Preliminary Quasi-experimental Study." Indian Journal of Palliative Care **17**(1): 47-53.
- Lemmer, C. (2010). "Reflections on Teaching "Spirituality in the Healthcare Environment"." Journal of Holistic Nursing **28**(2): 145-149.
- Lind, B., S. Sendelbach and S. Steen (2011). "Effects of a spirituality training program for nurses on patients in a progressive care unit." Critical Care Nurse **31**(3): 87-90.
- Lovanio, K. and M. Wallace (2007). "Promoting spiritual knowledge and attitudes: a student nurse education project." Holistic Nursing Practice **21**(1): 42-47.
- Lucas, A. M. (2001). "Experience with clinical pastoral education in the context of The Discipline." Journal of Health Care Chaplaincy **11**(1): 133-141.
- Lucas, A. M. (2001). "Introduction to the Discipline for pastoral care giving." Journal of health care chaplaincy **10**(2): 1-33.

- Lucchetti, G., R. M. Bassi and A. L. Lucchetti (2013). "Taking spiritual history in clinical practice: a systematic review of instruments." Explore (NY) **9**(3): 159-170.
- Lucchetti, G., A. L. G. Lucchetti and C. M. Puchalski (2012). "Spirituality in medical education: Global reality?" Journal of Religion and Health **51**(1): 3-19.
- MacDonald, D. A. (2000). "Spirituality: description, measurement, and relation to the five factor model of personality." J Pers **68**(1): 153-197.
- Maio, G. (2013). "Die heilende Kraft der Begegnung." Zeitschrift für Komplementärmedizin **05**(05): 58-62.
- Mayr, B., E. Elhardt, C. Riedner, T. Roser, E. Frick sj and P. Paal (2016). Die Kluft zwischen eingeschätzten und tatsächlichen Fähigkeiten bei der Erhebung der spirituellen Anamnese. Spiritual Care. **5**: 9.
- McGuigan, D. and S. Gilbert (2009). "An educational programme for end of life care in an acute setting." Nursing Standard **23**(49): 35-40.
- McSherry, W. and S. Jamieson (2013). "The qualitative findings from an online survey investigating nurses' perceptions of spirituality and spiritual care." Journal of Clinical Nursing **22**(21-22): 3170-3182.
- Monod, S., M. Brennan, E. Rochat, E. Martin, S. Rochat and C. J. Bula (2011). "Instruments measuring spirituality in clinical research: a systematic review." Journal of General Internal Medicine **26**(11): 1345-1357.
- Morita, T., H. Murata, K. Hirai, K. Tamura, J. Kataoka, H. Ohnishi, N. Akizuki, Y. Kurihara, T. Akechi, Y. Uchitomi and F. Japanese Spiritual Care Task (2007). "Meaninglessness in terminally ill cancer patients: a validation study and nurse education intervention trial." Journal of Pain and Symptom Management **34**(2): 160-170.
- Musick, D. W., T. R. Cheever, S. Quinlivan and L. M. Nora (2003). "Spirituality in medicine: A comparison of medical students' attitudes and clinical performance." Academic Psychiatry **27**(2): 67-73.
- Nicol, J. (2012). "The use of a workshop to encourage trainers to consider spiritual care." Education for primary care : an official publication of the Association of Course Organisers, National Association of GP Tutors, World Organisation of Family Doctors **23**(2): 131-133.
- Nolan, S., P. Saltmarsh and C. Leget (2011). "Spiritual care in palliative care: working towards an EAPC Task Force." European Journal of Palliative Care **18**(2).

- O'Shea, E. R., M. Wallace, M. Q. Griffin and J. J. Fitzpatrick (2011). "The effect of an educational session on pediatric nurses' perspectives toward providing spiritual care." Journal of Pediatric Nursing-Nursing Care of Children & Families **26**(1): 34-43.
- Paal, P., T. Roser and E. Frick (2014). Developments in spiritual care education in german speaking countries. EAPC. Lleida, Spain.
- Pesut, B. (2002). "The development of nursing students' spirituality and spiritual care-giving." Nurse Education Today **22**(2): 128-135.
- Pike, J. (2011). "Spirituality in nursing: a systematic review of the literature from 2006-10." British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing) **20**(12): 743-749.
- Piotrowski, L. F. (2013). "Advocating and educating for spiritual screening assessment and referrals to chaplains." Omega: Journal of Death & Dying **67**(1/2): 185-192.
- Popay, J., H. Roberts, A. Sowden, M. Petticrew, L. Arai, M. Rodgers, N. Britten, K. Roen and S. Duffy (2006). Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews. L. U. Institute for Health Research. Lancaster
- Price, B. (2013). "Using narratives and discourses in neglect-prevention training." Nursing Management (Harrow) **20**(3): 28-35.
- Price, J. and P. McNeilly (2006). "Developing an educational programme in paediatric palliative care." International Journal of Palliative Nursing **12**(11): 536-541.
- Puchalski, C., M. Cobb and B. Rumbold (2012). "Curriculum Development, Courses, and CPE." Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare: 417 - 433.
- Puchalski, C. and A. L. Romer (2000). "Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully." Journal of Palliative Medicine **3**(1): 129+137.
- Puchalski, C. M. (2006). A Time for listening and caring: spirituality and the care of the chronically ill and dying, Oxford University Press.
- Puchalski, C. M., M. Cobb and B. Rumbold (2012). Curriculum development, courses and CPE. Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare. M. Cobb, C. Puchalski and B. Rumbold. Oxford, Oxford University Press: 417.

- Reblin, M., S. Otis-Green, L. Ellington and M. F. Clayton (2014). "Strategies to support spirituality in health care communication: a home hospice cancer caregiver case study." Journal of Holistic Nursing **32**(4): 269-277.
- Reiser, J. (2010) "Palliativmedizin als Pflichtfach."
- Robinson, S. (2007). "Holistic health promotion: putting the art into nurse education." Nurse Education in Practice **7**(3): 173-180.
- Rodriguez, E., G. A. Johnson, T. Culbertson and W. Grant (2011). "An educational program for spiritual care providers on end of life care in the critical care setting." Journal of Interprofessional Care **25**(5): 375-377.
- Roser, T. (2011). Innovation Spiritual Care: Eine praktisch-theologische Perspektive. Stuttgart, Kohlhammer Verlag: 45-56.
- Roser, T. (2011, 2011). "Spiritualität in ethischen Grenzsituationen der Pädiatrischen Palliativversorgung." Retrieved 24.01.2016, 2016, from <http://www.kreuznacherdiakonie.de/icc/med/9ee/9ee40e71-67d8-4231-d1ef-ddc101181685,11111111-1111-1111-1111-111111111111.pdf>.
- Scotland, N. E. f. (2013). "Spiritual care definition; NHS Education for Scotland." 2013, from <http://www.nes.scot.nhs.uk/education-and-training/by-discipline/spiritual-care.aspx>.
- Sessanna, L., D. Finnell and M. A. Jezewski (2007). "Spirituality in nursing and health-related literature: a concept analysis." Journal of Holistic Nursing **25**(4): 252-262; discussion 263-254.
- Shih, F., M. Gau, H. Mao and C. Chen (1999). "Taiwanese nurses' appraisal of a lecture on spiritual care for patients in critical care units." Intensive & Critical Care Nursing **15**(2): 83-94.
- Shih, F., M. Gau, H. Mao, C. Chen and C. K. Lo (2001). "Empirical validation of a teaching course on spiritual care in Taiwan." Journal of Advanced Nursing **36**(3): 333-346.
- Sierpina, V. S. and E. Boisaubin (2001). "Can you teach medical and nursing students about spirituality?" Complementary Health Practice Review **6**(2): 147-155.
- Smith, T. and T. Gordon (2009). "Developing spiritual and religious care competencies in practice: pilot of a Marie Curie blended learning event." International Journal of Palliative Nursing **15**(2): 86.

- Städtler, T. (2003). Lexikon der Psychologie: Wörterbuch, Handbuch, Studienbuch, Kröner.
- Taylor, E. J., I. Mamier, K. Bahjri, T. Anton and F. Petersen (2009). "Efficacy of a self-study programme to teach spiritual care." Journal of Clinical Nursing **18**(8): 1131-1140.
- Thompson, B. E. and C. MacNeil (2006). "A phenomenological study exploring the meaning of a seminar on spirituality for occupational therapy students." American Journal of Occupational Therapy **60**(5): 531-539.
- Todres, I. D., E. A. Catlin and M. M. Thiel (2005). "The intensivist in a spiritual care training program adapted for clinicians." Critical Care Medicine **33**(12): 2733-2736.
- van Leeuwen, R., L. J. Tiesinga, H. Jochemsen and D. Post (2009). "Learning effects of thematic peer-review: a qualitative analysis of reflective journals on spiritual care." Nurse Education Today **29**(4): 413-422.
- van Leeuwen, R., L. J. Tiesinga, B. Middel, D. Post and H. Jochemsen (2008). "The effectiveness of an educational programme for nursing students on developing competence in the provision of spiritual care." Journal of Clinical Nursing **17**(20): 2768-2781.
- van Leeuwen, R., L. J. Tiesinga, B. Middel, D. Post and H. Jochemsen (2009). "The validity and reliability of an instrument to assess nursing competencies in spiritual care." Journal of Clinical Nursing **18**(20): 2857-2869.
- Vlasblom, J. P., J. T. van der Steen, D. L. Knol and H. Jochemsen (2011). "Effects of a spiritual care training for nurses." Nurse Education Today **31**(8): 790-796.
- Wallace, M., S. Campbell, S. C. Grossman, J. M. Shea, J. W. Lange and T. T. Quell (2008). "Integrating spirituality into undergraduate nursing curricula." International Journal of Nursing Education Scholarship (IJNES) **5**(1): Article10.
- Wasner, M., C. Longaker, M. J. Fegg and G. D. Borasio (2005). "Effects of spiritual care training for palliative care professionals." Palliative Medicine **19**(2): 99-104.
- Wasner, M., T. Roser, B. Fittkau-Tonnesmann and G. D. Borasio (2008). "Study of palliative medicine: Spirituality and psychosocial care as important teaching content. [German]." Deutsches Ärzteblatt **105**(13): 674-676.

- Wessel, E. and M. Garon (2005). "Introducing Reflective Narratives: Into Palliative Care Home Care Education." Home Healthcare Nurse **23**(8): 516-522.
- WHO. (2013). "Definition of Palliative Care." Retrieved 03.11, 2013, from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
- Wilson, D. R. (2004). "Virtual visiting seminar replaces verbatim seminar in Clinical Pastoral Education (CPE)." Journal of Pastoral Care & Counseling **58**(1-2 Spr-Sum): 95-100.
- Ya-Chu, H., C. Hui-Ying, L. Hsiang-Chun and C. Su-Hui (2012). "The Effects of a Spiritual Learning Program on Improving Spiritual Health and Clinical Practice Stress Among Nursing Students." Journal of Nursing Research (Lippincott Williams & Wilkins) **20**(4): 281-289.
- Yong, J., J. Kim, J. Park, I. Seo and J. Swinton (2011). "Effects of a spirituality training program on the spiritual and psychosocial well-being of hospital middle manager nurses in Korea." Journal of Continuing Education in Nursing **42**(6): 280-288.
- Zamanzadeh, V., M. Rassouli, A. Abbaszadeh, A. Nikanfar, H. Alavi-Majd and A. Ghahramanian (2014). "Factors Influencing Communication Between the Patients with Cancer and their Nurses in Oncology Wards." Indian Journal of Palliative Care **20**(1): 12-20.
- Zwahr, A. (2006). Meyers Taschenlexikon in einem Band, Bibliographisches Institut.
- Zwingmann, C. (2004). Spiritualität/Religiosität und das Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung. Neue Beiträge zur Religionspsychologie, Waxmann.

7.2 Tabellenverzeichnis

| | |
|---|----|
| Tabelle 1: Definition von Mitarbeitern in den Gesundheitsberufen und medizinischen Einrichtungen..... | 7 |
| Tabelle 2: Liste der Datenbanken..... | 10 |
| Tabelle 3: Liste der Suchbegriffe..... | 11 |
| Tabelle 4: Ein- und Ausschlusskriterien | 15 |
| Tabelle 5: Übersicht der identifizierten Studien, nach Berufsgruppe sortiert | 20 |
| Tabelle 6: Teilnehmerzahl der einzelnen Schulungen..... | 25 |
| Tabelle 7: Übersicht der Schulungsmethoden..... | 33 |
| Tabelle 8: Zusammenfassung der Schulungsergebnisse | 37 |

7.3 Abbildungsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Abbildung 1: Der Suchalgorithmus | 13 |
| Abbildung 2: Arbeitsdiagramm der Datenauswahl..... | 16 |
| Abbildung 3: Der Schritt-für-Schritt-Datengewinnungsprozess..... | 18 |
| Abbildung 4: Zielgruppen der einzelnen Schulungen | 24 |
| Abbildung 5: Teilnehmerzahl der einzelnen Schulungen..... | 26 |
| Abbildung 6: Ursprung der Artikel..... | 27 |
| Abbildung 7: Lernziele der Schulungen..... | 30 |

8 Danksagung

Mein Dank gilt zuerst Herrn Prof. Dr. Frick für die Überlassung des Themas, seine kompetente Betreuung und seine beständige Motivation.

Für die Mitbetreuung und die kollegiale Zusammenarbeit bedanke ich mich bei Frau Dr. Paal.

Sehr herzlich danke ich auch Frau Prof Dr. Bausewein für ihre tatkräftige Hilfe und die wertvollen Ratschläge.

Frau Beate Mayr und Renate Helo danke ich für das Korrekturlesen und die vielen wertvollen Ratschläge.

Mein besonderer Dank gilt Kristina Ulbach, die immer an meiner Seite war und die Arbeit vom Anfang an begleitete. Danke für deine Unterstützung und Korrektur.

Schließlich möchte ich ganz besonders meiner Eltern danken, die mir das Medizinstudium ermöglicht haben und immer für mich da waren.

9 Eidesstattliche Versicherung

Helo, Yousef

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema

Schulungen in Spiritual Care – eine systematische Übersichtsarbeit

selbstständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

Ort, Datum

Unterschrift Doktorandin/Doktorand